Eine Analyse ärztlicher Begutachtung aus arbeits- und sozialmedizinischer Sicht

von

Rotraud Woitowitz geb. Pawelzik

aus Glogau

1967

1967 № 215

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535725_0044

Aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. H. Valentin

Eine Analyse ärztlicher Begutachtung aus arbeits- und sozialmedizinischer Sicht

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
zu Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Rotraud Woitowitz geb. Pawelzik
aus Glogau

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan : Prof. Dr. med. K.G. Ober
Referent : Prof. Dr. med. H. Valentin

Tag der mündlichen Prüfung : 22. 7. 1967

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. H. Valentin für die Überlassung des Themas der vorliegenden Arbeit, für ständige Förderung und wertvolle Anregungen zu danken.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I.) Einleitung und Fragestellung	1
II.) Material und Methode	4
III.) Ergebnisse der eigenen Untersuchungen	8
A.) Begutachtung im Rahmen der Sozialversicherung	8
1.) Gesetzliche Rentenversicherung	10
a.) Rentenversicherung der Arbeiter	12
α.) Landesversicherungsanstalt	12
Vorzeitige Rentengewährung	13
Gesundheitsmaßnahmen	21
β.) Bundesbahnversicherungsanstalt	25
b.) Rentenversicherung der Angestellten	25
c.) Knappschaftliche Rentenversicherung	28
2.) Gesetzliche Unfallversicherung	29
a.) Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie	32
b.) Bergbau-Berufsgenossenschaft	36
c.) Sonstige Unfallversicherungsträger	39
B.) Begutachtung im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes	43
C.) Begutachtung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes	50
D.) Begutachtung im Rahmen privater Versicherungen	55
1.) Private Unfallversicherung	55
2.) Haftpflichtversicherung	60
E.) Begutachtung im Rahmen des Beamtenrechts	63
IV.) Besprechung der Ergebnisse	66
V.) Zusammenfassung	81
Literatur	
Anhang	

I. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Sozialmedizin hat heute schon in verschiedenen europäischen und anglo-amerikanischen Ländern wesentliche Bedeutung erlangt. Insbesondere die epidemiologische Analyse chronischer Krankheiten oder Störungen hinsichtlich ihres exogene und endogene Faktoren enthaltenden Ursachenspektrums ist in den letzten Jahrzehnten in den Vordergrund des Interesses gerückt.

In Deutschland befindet sich die Sozialmedizin praktisch-klinisch und im Hochschulbereich noch im Aufbau. Begriff, Definition und Aufgabenbereich konnten bei uns noch nicht einheitlich abgegrenzt werden. Es sei hier auf die unterschiedlichen Formulierungen von SCHAEFER, STRAUSS, KOELSCH, GÖTZ, MARTI, KÖNIG, ROTH-SCHUH u.a. verwiesen.
Nach VALENTIN befaßt sich die Sozialmedizin mit den Einflüssen der gesellschaftlichen Mitwelt sowie der zivilisatorischen und kulturellen Umwelt auf die Gesundheit des Volkes. Sie ist speziell derjenige Teil der Medizin, der

1. die spezifischen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit einerseits und der Gesellschaft und deren Gruppierungen andererseits als Forschungsgebiet hat,
2. die aus diesem Studium sich ergebenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung, Bekämpfung und Heilung von Krankheiten bestimmt,
3. die Voraussetzung zur Durchführung dieser staatlichen Maßnahmen erforscht, bzw. die Aufklärung oder Beratung zur gesundheitlichen Selbst- oder Eigenverantwortung fördert.

Die Sozialmedizin bedarf hiernach spezieller Arbeits-

methoden. Sie werden eingesetzt von der wissenschaftlichen Forschung in den Universitätsinstituten, im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens, der Versicherungsmedizin und nicht zuletzt der Sozialversicherung. Es sind dies medizinalstatistische Analysen, prospektive Studien zur Aufklärung der Epidemiologien sowie Felduntersuchungen, aber auch Einzelbeobachtungen, Modellbetrachtungen und die Schaffung von Experimentalbedingungen.

Die sozialmedizinische Arbeit berücksichtigt aber auch gezielt das moderne System der sozialen Sicherung. Sie geschieht vor dem Hintergrund ihrer materiellen Erfordernisse. Es muß daher in diesem Zusammenhang der Gesamtaufwand für öffentliche Sozialleistungen in der Bundesrepublik Erwähnung finden. Er erreichte nach den Berechnungen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in den Jahren 1964 und 1965 weit über 60 Milliarden DM. Fast die Hälfte dieses Betrages wurde für die Rentenversicherungen, und etwa ein Viertel für die Krankenversicherung aufgewendet. Im Vergleich hierzu seien die Mittel für die Hochschulen als Zentren für Lehre und Forschung genannt. Sie betrugen für das Jahr 1964 insgesamt etwa 4,4 Milliarden DM. Dieser Vergleich erscheint statthaft, da die Forschung von heute das Sozialprodukt von morgen bedingt (VALENTIN).

Über das Geschehen im System der sozialen Sicherung bei Leiden, chronischen Krankheiten oder Störungen läßt sich anhand von Statistiken der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und des Statistischen Bundesamtes summarisch Aufschluß erhalten.

Im weiteren Ausbau dieses Systems in Richtung auf den "Versicherungsstaat" hat die ärztliche Begutachtung ständig größere Bedeutung gewonnen. Dabei hat sich das Schwergewicht von weitgehend subjektiven Ermessensent-

scheidungen immer mehr auf das Ergebnis objektiver, naturwissenschaftlich fundierter Analysen verlagert. Trotzdem stehen in der Bundesrepublik jährlich etwa 600.000 Sozialklagen an. Ferner laufen jährlich über 100.000 Berufungen und 8.000 Revisionen. 6 %, nach SCHAEFER sogar 12 % der Versicherten, werden vorzeitig invalidisiert (BOCK). In diesem Bereich werden zu einem wesentlichen Teil auch ärztliche Sachverständige der Universitätskliniken herangezogen. Detaillierte Untersuchungen über die anfallenden Gutachten einzelner Sparten im System der sozialen Sicherung und insbesondere ihre Problemstellungen liegen jedoch unseres Wissens nicht vor. Lediglich BOCK hat die Angabe von 280 in einem halben Jahr in der Klinik zu begutachtenden Fälle gemacht.
Aus den angeführten globalen statistischen Daten lassen sich spezielle sozialmedizinische Fragen nur schwer beantworten. Es wurde daher versucht, durch die medizinalstatistische Analyse der Begutachtungen einer Medizinischen Universitätsklinik[+)] aus einem begrenzten Zeitraum weitere Einblicke zu gewinnen.

Besondere Bedeutung wurde dabei folgenden Fragestellungen beigemessen:

1. Welchen Anteil haben die verschiedenen Bereiche und Instanzen im System der sozialen Sicherung an den Gutachtenaufträgen einer Medizinischen Universitätsklinik?

2. Wie geht die technische Durchführung im Hinblick auf die oft schwierige Bettenlage vor sich?

3. Wie sehen die Häufigkeitsverteilungen von Alter, Geschlecht und Beruf aus?

4. Welche medizinischen Fragestellungen stehen wie häufig zur Diskussion?

5. Welche Diagnosen und Schlußfolgerungen ergeben sich aus einer fachintern-klinischen Begutachtung?

[+)] Dem damaligen Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Köln, Herrn Prof. Dr. med., Dr. rer. nat. h.c., Dr. med. h.c. H.W. Knipping, sei für die bereitwillige Überlassung der Kliniksunterlagen besonderer Dank ausgesprochen.

II. MATERIAL UND METHODE

Für die eigenen Untersuchungen wurden die in der Zeit vom 1. 1. 1961 - 31. 12. 1963 erstatteten wissenschaftlich begründeten Gutachten der Medizinischen Universitätsklinik Köln herangezogen. Das Material umfaßte 2.484 Haupt- und Zusatzgutachten sowohl aufgrund klinisch stationärer bzw. ambulanter Untersuchung, als auch nach Aktenlage verschiedener Personen beiderlei Geschlechts in den Altersstufen ab vierzehn Jahren. Im Falle der Mehrfachbegutachtung einer Person im Dreijahreszeitraum wurde, so weit erkennbar, nur die letzte Begutachtung gewertet.

Die begutachteten Personen kamen im wesentlichen aus Nordrhein-Westfalen. Speziell in Entschädigungsangelegenheiten und obergerichtlichen Aufträgen erstreckte sich das Einzugsgebiet auf fast alle Länder der Bundesrepublik und auf das westliche Ausland.

Die medizinalstatistische Analyse dieses Materials erfolgte einheitlich und nach folgendem Schlüssel:

1. Archiv-Nr.
2. Name
3. Wohnort
4. Geschlecht
5. Alter
6. ausgeübter Beruf
7. Auftraggeber
8. Haupt- oder Zusatzgutachten
9. Gutachten nach Aktenlage
10. Gutachten nach Untersuchung
    stationär/Dauer
    ambulant/Dauer
    stationär u. ambulant/Dauer
11. ergänzende Zusatzgutachten
12. Fragestellung
13. Diagnose
14. Beurteilung

Die Punkte 1 - 3 blieben im Folgenden unberücksichtigt.

Während Alter und Beruf der begutachteten lebenden Personen für die weitere Auswertung erfaßt wurden, wurden Erkrankungen nur dann einbezogen, wenn ein Leistungsanspruch von ärztlicher Seite befürwortet werden konnte.

Anzahl und Beurteilung der Gutachten in Hinterbliebenenangelegenheiten finden in den einzelnen Kapiteln besondere Erwähnung.

Die Zusammenfassung der Berufe bzw. Diagnosen zu Gruppen erfolgte in Anlehnung an die in der "Statistik der deutschen Rentenversicherungen für Arbeiter und Angestellte" gebräuchliche und in Band 18, 1962, dargelegte Einteilung. Für die Berufe ergaben sich nachstehende Gruppierungen:

1. Berufe des Pflanzenbaues und der Tierwirtschaft.
2. Industrielle und handwerkliche Berufe.
3. Technische Berufe.
4. Handels- und Verkehrsberufe.
5. Berufe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung.
6. Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege.
7. Berufe des Gesundheitswesens, Geistes und Kunstlebens.
8. Mithelfende Familienangehörige außerhalb der Land- und Forstwirtschaft sowie Arbeitskräfte mit (noch) nicht bestimmten Beruf.

Ferner wurden als weitere Berufsgruppenbezeichnungen

9. Arbeiter
10. unbekannter Beruf
11. ohne Beruf

eingeführt.

Die relativ häufige Berufsbezeichnung "Arbeiter" mußte gesondert aufgeführt werden. Aus ihr ging nicht hervor, ob es sich um Facharbeiter, angelernte oder ungelernte Arbeiter handelte.

Berufe, die in den jeweiligen ärztlichen Gutachten anamnestisch nicht bezeichnet waren, mußten als "unbekannte Berufe" zusammengefaßt werden. Die unbestimmte Bezeichnung "ohne Be-

ruf" wurde in den Fällen übernommen, wo sie anamnestisch ausdrücklich vermerkt war.

Die Zahl der Hausfrauen wurde der Gruppe 5 zugeordnet und in den einzelnen Kapiteln besonders erwähnt.
Die Berufsangabe entsprach jeweils der zuletzt bzw. überwiegend ausgeübten Tätigkeit. Der verwendete Berufsgruppenschlüssel ist ebenso wie der Diagnosenschlüssel (s.u.) im Anhang in den Einzelheiten wiedergegeben.

Die Zusammenfassung der Diagnosen ergab zehn Hauptgruppen:

1. Infektiöse und parasitäre Erkrankungen
2. Neubildungen (Tumoren)
3. Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems
4. Krankheiten des Kreislaufsystems
5. Krankheiten der Atmungsorgane
6. Krankheiten der Verdauungsorgane
7. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane
8. Krankheiten der Bewegungsorgane
9. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen
10. Unbekannte Diagnosen

In Einzelfällen nicht geklärte Differentialdiagnosen oder unterlassene Angabe der Diagnosen wurden als "unbekannte Diagnosen" bezeichnet. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen mit nichtchirurgischen Folgen für die inneren Organe wurden in den Abbildungen zu "Traumen" abgekürzt.

Von mehreren Diagnosen eines Gutachtens fand nur diejenige Berücksichtigung, die offensichtlich Hauptursache eines ärztlich befürworteten Anspruchs war.

Die Bewertung der Gutachten war abhängig von der speziellen Fragestellung des jeweiligen Auftraggebers. Die Fragen umfaßten im wesentlichen drei Komplexe:

1. Ob und welch ein krankhafter Zustand vorlag,
2. Art und Ausmaß der Erwerbsfähigkeitsminderung durch einen krankhaften Zustand und
3. ob ein vorliegender krankhafter Zustand in ursächlichem Zusammenhang stand mit Schädigungen, die nach gesetzlichen Vorschriften einen Entschädigungsanspruch begründeten.

Über die gezielte Frage der Anerkennung bzw. Ablehnung des das Verfahren in Gang setzenden Antrags gaben die Unterlagen teilweise keinen Aufschluß. Es wurde daher vorgezogen, die Auswertung im Hinblick auf das Bestehen leistungsbegründender Erkrankungen oder Störungen vorzunehmen.

Weiterhin war aus einem Teil der Gutachten nicht ersichtlich, ob es sich um Erstanerkennung oder Verschlimmerung von Krankheiten handelte. Es mußte somit auf diese Differenzierung verzichtet werden. Als "abgelehnt" wurden daher ausschließlich die Fälle ohne leistungsbegründende Erkrankungen oder Störungen gewertet.

Auftraggeber lagen aus den verschiedenen Bereichen des Systems der sozialen Sicherung vor und sind Verwaltungsbehörden oder Gerichte in erster (Sozialgerichte, Landgerichte) und zweiter Instanz (Landessozialgerichte, Oberlandesgerichte).

Nach den Bereichen im System der sozialen Sicherung wurde das Material zu Kapiteln geordnet.
Nicht einzuordnen waren 19 Gutachten für verschiedene nicht öffentliche Auftraggeber, um die das Material bereinigt wurde. Bei Prozentzahlen wurden die Stellen hinter dem Komma auf- bzw. abgerundet. In den Abbildungen 28 - 31, 33 und 34 sind diskontinuierliche Zusammenhänge, trotz sachlicher Bedenken, aus Gründen der Anschaulichkeit in Kurvenform dargestellt worden.
Es wurde versucht zu jedem Kapitel auf die für den ärztlichen Gutachter wesentlichen Rechtsgrundlagen einzugehen.

III. ERGEBNISSE DER EIGENEN UNTERSUCHUNGEN

A. Begutachtung im Rahmen der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung dient der Sicherung bestimmter Bevölkerungsschichten gegen besondere Wechselfälle des Lebens. Ihr gehören grundsätzlich Personen an, die in einem abhängigen Arbeitsverhältnis stehen. Sie fängt somit die Risiken auf, die durch Verdienstausfall infolge Krankheit und Unfall mit der Möglichkeit zu Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, ferner durch Arbeitslosigkeit und Alter entstehen und sorgt weiterhin dafür, daß der Lebensunterhalt der Angehörigen nach dem Tode des Ernährers gesichert ist. Im Rahmen dieser Aufgaben können auch Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten und allgemeine Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung durchgeführt werden (CAESAR, SCHILD).

Die Sozialversicherung hat die Form einer Zwangsversicherung und ist wie folgt untergliedert:

1. Krankenversicherung
2. Rentenversicherung
3. Unfallversicherung
4. Arbeitslosenversicherung

In dieser Arbeit lag das Schwergewicht auf den Versicherungszweigen der Ziffern 2 und 3.

Zahlenmäßig stellten die Begutachtungen im Auftrage der Sozialversicherung in dem genannten Drei-Jahres-Zeitraum insgesamt den bedeutendsten Anteil dar. Im Einzelnen lagen 1.174 Gutachten für die Rentenversicherung und 468 Gutachten für die Unfallversicherung vor.

Die weitere Untergliederung des Materials hinsichtlich der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

	Gesetzliche Rentenversicherung				
	LVA	BBVA	BfA	KRV	insgesamt
Anzahl	1.068	8	84	14	1.174

Tab. 1: Zahlenmäßige Verteilung der Gutachten auf die einzelnen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

Abkürzungen:

LVA = Landesversicherungsanstalt
BBVA = Bundesbahnversicherungsanstalt
BfA = Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
KRV = Knappschaftliche Rentenversicherung

Die Zahlenverhältnisse für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ergeben sich aus Tabelle 2 .

	Gesetzliche Unfallversicherung			
	BBG	KBG	Sonstige Vers.-Träger	insgesamt
Anzahl	199	141	128	468

Tab. 2: Zahlenmäßige Verteilung der Gutachten auf die einzelnen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Abkürzungen:

BBG = Bergbau-Berufsgenossenschaft
KBG = Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie

Gesetzesgrundlage für die Rentenversicherung der Arbeiter und die Unfallversicherung bildet die Reichsversicherungsordnung (RVO), für die Rentenversicherung der Angestellten das Angestelltenversicherungsgesetz (AnVG), für die knappschaftliche Rentenversicherung das Reichsknappschaftsgesetz (RKG).

1.) Die gesetzliche Rentenversicherung

Sie unterscheidet:

1. Die Rentenversicherung der Arbeiter
2. Die Rentenversicherung der Angestellten
3. Die knappschaftliche Rentenversicherung
4. Die Rentenversicherung der Handwerker
5. Die Alterssicherung für Landwirte

Über die unter Ziffer 4. und 5. angeführten Rentenversicherungssparten lassen sich anhand des vorliegenden Materials keine Angaben machen.

In der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sind Arbeitnehmer pflichtversichert, die sich in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis befinden. Im allgemeinen gehören die manuell Tätigen der Rentenversicherung der Arbeiter und die überwiegend geistig Tätigen der Rentenversicherung der Angestellten an. Weiterhin unterliegen bestimmte selbständig Erwerbstätige der Versicherungspflicht (Medizinische Begutachtung, 1967).

Träger der Rentenversicherung der Arbeiter sind die Landesversicherungsanstalten, die Bundesbahn-Versicherungsanstalt und die Seekasse.

Träger der Rentenversicherung der Angestellten sind die Bundesversicherungsanstalt und die Seekasse.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung sind alle Personen pflichtversichert, die als Arbeitnehmer gegen Entgelt oder als Lehrling oder sonst zu ihrer Berufsausbildung in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigt sind.

Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung sind die Knappschaften.

Gegenstand der gesetzlichen Rentenversicherung sind

Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,

Rentenleistungen an Versicherte wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit,

Zahlung von Altersruhegeld, Hinterbliebenenrenten, Abfindungen, Beitragserstattungen sowie

allgemeine Leistungen zur Hebung der Volksgesundheit.

In der Knappschaftsversicherung werden zusätzlich Renten wegen verminderter bergmännischer Berufsfähigkeit gewährt.

Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen haben Vorrang vor Renten, doch bleiben sie Kannleistungen (GERCKE). Sie erstrecken sich u.a. auf Heilbehandlung, d.h. Behandlung in Kur- und Badeorten sowie in Spezialkrankenanstalten, ferner auf Berufsförderungs-Maßnahmen und soziale Betreuung.

Voraussetzung für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen ist einmal die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit, Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte. Zum anderen wird gefordert, daß diese gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Neben diesen Leistungen besteht für Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung Rechtsanspruch auf Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld, im Todesfall auf Hinterbliebenenrente.

Die knappschaftliche Rentenversicherung gewährt Knappschaftsrenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und außerdem Bergmannsrenten.

Berufsunfähig (vgl. § 1246 Abs. 2 RVO; § 23 Abs. 2 AnVG; § 46 Abs. 2 RKG) ist der Versicherte, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Erwerbsunfähig (vgl. § 1247 Abs. 2 RVO; § 24 Abs. 2 AnVG; § 47 Abs. 2 RKG) ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann.

Vermindert bergmännisch berufsfähig (vgl. § 45 Abs. 2 RKG) ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte weder imstande ist, die von ihm bisher verrichtete knappschaftliche Arbeit auszuüben, noch imstande ist, andere im wesentlichen wirtschaftlich gleichwertige Arbeiten von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in knappschaftlichen versicherten Betrieben auszuüben (CAESAR, SCHILD).

Aufgabe des für die Sozialversicherungsträger oder Sozialgerichtsbarkeit als Gutachter tätigen Arztes ist es, bei der Klärung medizinischer Tatbestandsmerkmale der einzelnen Rechtsbegriffe mitzuwirken.

In der gesetzlichen Rentenversicherung sind dabei in der Regel folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in Erwägung zu ziehen?

2. Liegt Berufsunfähigkeit vor?

3. Liegt Erwerbsunfähigkeit vor?

a.) Rentenversicherung der Arbeiter

α.) Landesversicherungsanstalt

In den Jahren 1961 - 1963 wurden insgesamt 1.076 Gutachten auf dem Gebiet der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter erstattet. Versicherte bei der Landesversicherungsanstalt betrafen 1.068 Untersuchungen und zwar 851 zu Fragen der Rentengewährung und 217 zu Fragen von Gesundheitsmaßnahmen (Heilverfahren). Die restlichen 8 Gutachten wurden für die Bundesbahnversicherungsanstalt angefertigt.

Während die 217 Heilverfahren-Gutachten ausschließlich im Verwaltungsverfahren bearbeitet wurden, trifft das für den Sektor Rentengewährung nicht zu. Die zahlenmäßige Verteilung der Rentengutachten auf das Verwaltungsverfahren, den 1. und 2. Rechtszug sowie den Anteil der männlichen und weiblichen Versicherten zeigt Tabelle 3:

	Männer	Frauen	Anzahl der Renten-Gutachten
Landesversicherungsanstalt	427	306	733 (86 %)
Sozialgerichte	72	41	113 (13 %)
Landessozialgerichte	4	1	5 (1 %)
insgesamt	503	348	851 (100%)

Tabelle 3: Verteilung der Rentengutachten aus der gesetzlichen Rentenversicherung im Dreijahreszeitraum nach Auftraggebern.

Vorzeitige Rentengewährung

Es lagen für den Dreijahreszeitraum insgesamt 851 Gutachten über Versicherte der Landesversicherungsanstalten zu Fragen der vorzeitigen Rentengewährung vor. Der Anteil der Männer überwog mit 59 % (503) gegenüber dem der Frauen mit 41 % (348).
Bei den Männern handelte es sich in 93 % (466), bei den Frauen in 95 % (331) um Hauptgutachten. Der jeweilige Rest von 7 bzw. 5 % verteilte sich auf Zusatzgutachten für die verschiedenen medizinischen Fachgebiete.

Sämtliche Begutachtungen wurden nach klinisch stationärer bzw. ambulanter Untersuchung durchgeführt und zwar bei den Männern in 65 % (Frauen 76 %) nach zwei- bis dreitägiger ambulanter, in 30 % (Frauen 22 %) nach dreitägiger stationärer und in 4 % (Frauen 2 %) nach kombiniert ambulanter und stationärer Beobachtung.

Für die insgesamt 797 Hauptgutachten wurden 596 (Männer 385, Frauen 211) ergänzende Zusatzgutachten beigezogen. Sie betrafen bei den Männern in 34 % überwiegend (Frauen 12 %) Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen.

Die übrigen Zusatzgutachten gliederten sich im wesentlichen auf die einzelnen Fachdisziplinen wie folgt:

	Männer	Frauen
Orthopädie	18 %	21 %
Nervenheilkunde	17 %	19 %
Augenheilkunde	12 %	12 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9 %	9 %
Chirurgie	7 %	5 %
Dermatologie	3 %	3 %
Frauenheilkunde	-	19 %

Eine Aufschlüsselung nach Berufsgruppen zeigte bei den Männern industrieelle und handwerkliche Berufe mit 49 % vorherrschend, bei den Frauen dagegen Berufe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung mit 47 %, wobei 28 % auf Hausfrauen entfielen (Abb. 1).

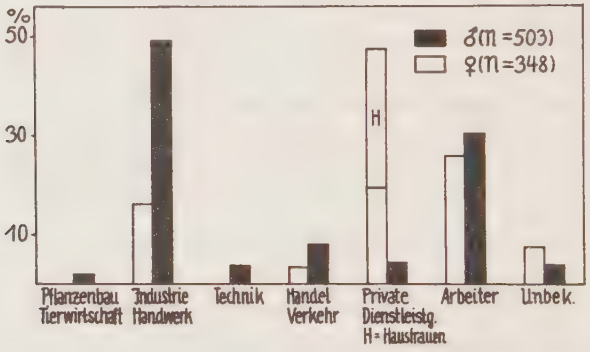

Abb. 1: Berufsverteilung bei 503 Männern und 348 Frauen, die im Dreijahreszeitraum wegen vorzeitigen Rentenansprüchen in der Rentenversicherung der Arbeiter fachintern begutachtet wurden.
Abkürzung: unbekannt = unbekannte Berufe.

Die undifferenzierte Gruppe "Arbeiter" umfaßte bei den Männern 30 % und bei den Frauen 26 % der Fälle.
Aus der Altersverteilung war ein Häufigkeitsgipfel der Rentenbewerber - und zwar mit 56 % der Männer und 60 % der Frauen - zwischen 50 und 60 Jahren ersichtlich. Mit Abstand folgten bei den Männern in 18 %, bei den Frauen in 19 % der Fälle die Vierzig- bis Fünfzigjährigen und in 16 % (Frauen 12 %) die mehr als Sechzigjährigen (Abb. 2).

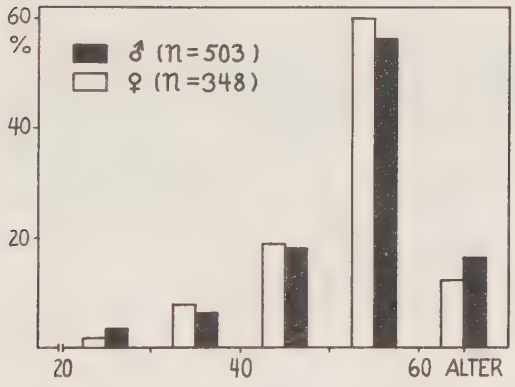

Abb. 2: Altersverteilung bei 503 Männern und 348 Frauen, die wegen vorzeitigen Rentenansprüchen in der Rentenversicherung der Arbeiter fachintern begutachtet wurden.

Das mittlere Lebensalter der Rentenbewerber betrug 53 Jahre, das der Frauen 52 Jahre.

Die an den Internisten gestellte Frage nach Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wurde bei den Männern in 68 % (343 Fälle) und den Frauen in 56 % (195 Fälle) bejaht. Berufsunfähig waren 38 % der Männer bzw. 39 % der Frauen und erwerbsunfähig 30 % der Männer bzw. 17 % der Frauen (Tabelle 4).

	Ärztl. bejahte Rentenansprüche infolge			Ärztlich verneinte vorzeitige Rentenansprüche
	BU	EU	BU und EU insgesamt	
Männer	190	153	343 (68 %)	160 (32 %)
Frauen	136	59	195 (56 %)	153 (44 %)
insges.	326	212	538 (63 %)	313 (37 %)

Tabelle 4: Fachinterne Begutachtungsergebnisse zur Rentenversicherung der Arbeiter bei 503 Männern und 348 Frauen.

Abkürzungen:

BU = Berufsunfähigkeit
EU = Erwerbsunfähigkeit

Die Verteilung der ärztlich festgestellten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit auf die einzelnen Altersgruppen der Männer und Frauen veranschaulichen die Abbildungen 3 und 4.

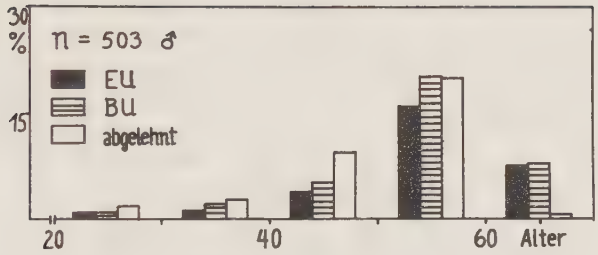

Abb. 3: Fachinterne Begutachtungsergebnisse zur Arbeiterrentenversicherung hinsichtlich der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bei 503 Männern unter Berücksichtigung des Lebensalters.

Abkürzungen:

EU = Erwerbsunfähigkeit,
BU = Berufsunfähigkeit
abgelehnt= abgelehnte Gutachten

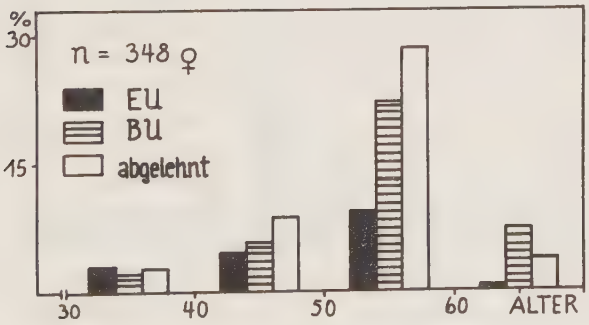

Abb. 4: Fachinterne Begutachtungsergebnisse zur Arbeiterrentenversicherung hinsichtlich der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bei 348 Frauen.

Abkürzungen vgl. Abb. 3

Bei den Männern zeigte sich in den Altersklassen ein relatives Überwiegen der ärztlich festgestellten Berufsunfähigkeit gegenüber der Erwerbsunfähigkeit sowie eine deutliche Abnahme der Ablehnungsrate jenseits des 60. Lebensjahres. Dagegen fiel bei den Frauen zwischen 30 und 40 Jahren ein relativ hoher Anteil ärztlich bejahter Erwerbsunfähigkeit auf. Ferner muß auf die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren wegen eines relativen Zurücktretens der Erwerbs- gegenüber der Berufsunfähigkeit und einer relativ hohen Ablehnungsrate hingewiesen werden.

Bei den Erwerbsunfähigkeitsursachen der Männer standen zahlenmäßig die Erkrankungen des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane mit jeweils ca. 16 % im Vordergrund. Sämtliche anderen fachintern diagnostizierten Ursachen, und zwar im Bereich der Harn- und Geschlechtsorgane, des Verdauungstraktes und der Bewegungsorgane sowie Infektionen, Neubildungen, Unfallfolgen und Stoffwechselerkrankungen fanden sich in jeweils weniger als 4 %.

Als Berufsunfähigkeits-Ursachen traten bei den Männern Störungen der Atmungsorgane mit 15 % gegenüber Herz- und Kreislauferkrankungen mit 26 % zurück. Mit 7 % nahmen Erkrankungen des Verdauungstraktes eine relativ bedeutende Stelle als Berufsunfähigkeits-Ursache ein.
Bei den Frauen wurden in 17,4 % Erkrankungen der Kreislauforgane als Erwerbsunfähigkeits-Ursache festgestellt. Weiterhin fanden sich in jeweils weniger als 4 % Krankheiten im Bereich der Atemorgane, Verdauungsorgane, Harn- und Geschlechtsorgane, Stoffwechselerkrankungen und des Bewegungsapparates sowie Infektionen als Erwerbsunfähigkeitsursache. Bemerkenswert war die Häufung der Erkrankungen von Herz und Kreislauf als Berufsunfähigkeits-Ursache der Frauen mit 38 %.
Infolge eines wesentlichen Anteils vegetativer Dystonien trat die mit "u.a. Stoffwechsel" bezeichnete Diagnosegruppe bei den Frauen mit 8 % als Berufsunfähigkeits-Ursache auf. Schließlich ist auf das etwa dreimal häu-

figere Vorkommen von Erkrankungen der Atmungsorgane als Berufs- gegenüber der Erwerbsunfähigkeitsursache hinzuweisen (Abb. 6).

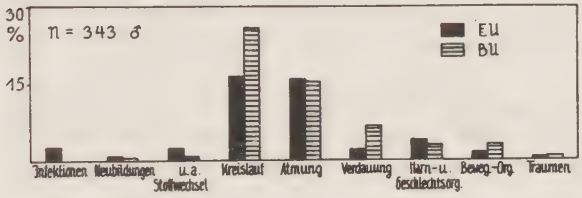

Abb. 5: Fachintern ermittelte Ursachen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bei 343 Männern in der Rentenversicherung der Arbeiter.
Abkürzungen vgl. Abbildung 3.

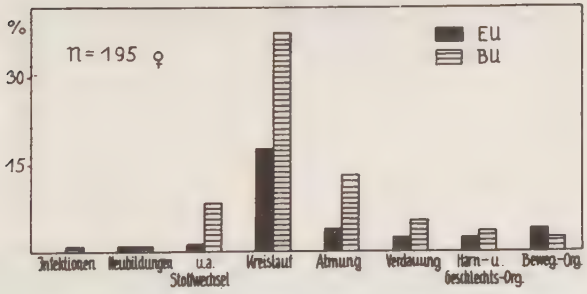

Abb. 6: Fachintern ermittelte Ursachen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bei 195 Frauen in der Rentenversicherung der Arbeiter.
Abkürzungen vgl. Abbildung 3

Unter Berücksichtigung des Lebensalters fiel bei den Männern als Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsursache die Häufung der Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf. Erkrankungen der Verdauungsorgane wiesen dagegen in der 4. und 5. Lebensdekade sowie jenseits des 60. Lebensjahres ein annähernd gleich häufiges Vorkommen als Berufsunfähigkeitsursache zwischen 2 und 3 % auf.

Erkrankungen des Kreislaufsystems, der Atmungs- und Verdauungsorgane wurden als Erwerbsunfähigkeitsursache vor dem 50. Lebensjahr nicht festgestellt (Abbildung 7).

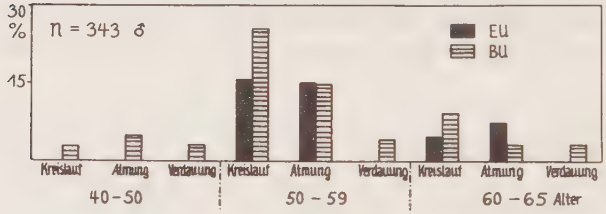

Abb. 7: Fachintern ermittelte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsursachen in Abhängigkeit vom Alter bei 343 Männern in der Rentenversicherung der Arbeiter.
Abkürzungen vgl. Abb. 3

Bei den Frauen traten dagegen in einem relativ hohen Anteil von ca. 4 % bereits in der 4. und 5. Lebensde-

kade Herz- und Kreislauferkrankungen als Erwerbsunfähigkeitsursache in Erscheinung. Auch hier fand sich ein vergleichbarer Häufigkeitsgipfel wie bei den Männern im 6. Lebensjahrzehnt für Herz- Kreislauferkrankungen als Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsursache.

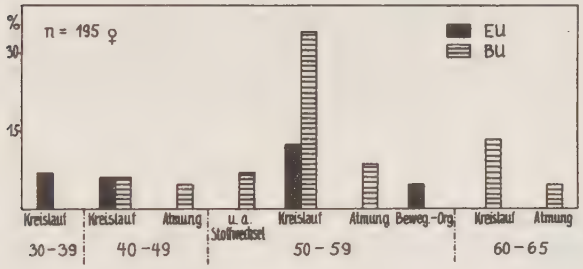

Abb. 8: Fachintern ermittelte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsursachen in Abhängigkeit vom Alter bei 195 Frauen in der Rentenversicherung der Arbeiter.
Abkürzungen vgl. Abb. 3

Gesundheitsmaßnahmen

Im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung wurden im Dreijahreszeitraum insgesamt 217 Gutachten zur Frage notwendiger Heilbehandlungsmaßnahmen erstattet. Der Anteil der Männer betrug 68 % (148) gegenüber dem der Frauen 32 % (69). Bei Männern und Frauen handelte es sich in 99 % um Hauptgutachten. Nur ca. 1 % waren internistische Zusatzgutachten für andere medizinische Fachgebiete.

Sämtliche Begutachtungen erfolgten nach klinisch stationärer bzw. ambulanter Untersuchung. Die Männer wurden in 53 % (Frauen in 52 %) ambulant meist 2 - 3 Tage lang, in 42 % (Frauen 48 %) stationär in der Regel 4 Tage lang und in 5 % (Frauen 0 %) sowohl ambulant wie stationär beobachtet.

Für die 214 Hauptgutachten wurden weitere 112 (Männer 72, Frauen 40) ergänzende Zusatz-Gutachten angefertigt. Sie verteilten sich bei den Männern zu 26 % (Frauen 15 %) auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen und darüber hinaus hauptsächlich auf folgende Fachdisziplinen:

	Männer	Frauen
Nervenheilkunde	26 %	25 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15 %	13 %
Orthopädie	14 %	8 %
Augenheilkunde	6 %	15 %
Frauenheilkunde	-	20 %
Chirurgie	6 %	-
Dermatologie	3 %	3 %

Die Berufsverteilung zeigte bei den Männern das Überwiegen der industriellen und handwerklichen Berufe mit 51 %. Bei den Frauen herrschten Berufe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung mit 45 % vor, wobei allein 20 % auf Hausfrauen entfielen.

22 % der Männer und 25 % der Frauen gehörten der nicht weiter differenzierbaren Gruppe Arbeiter an (Abb. 9).

Der Häufigkeitsgipfel in der Altersverteilung lag mit 38 % für die Männer und 33 % für die Frauen bei den 50 - 59-jährigen. Vor dem 50. Lebensjahr fiel der relativ höhere Frauenanteil auf (Abbildung 10).

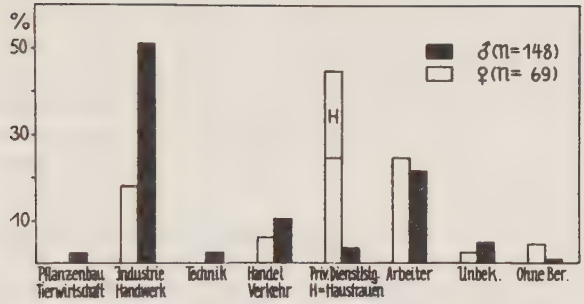

Abb. 9: Berufsverteilung bei 148 Männern und 69 Frauen der Arbeiterrentenversicherung, die im Hinblick auf notwendige Heilbehandlung fachintern begutachtet wurden.
Abkürzungen:

Unbek. = unbekannte Berufe
ohne Ber. = ohne Beruf

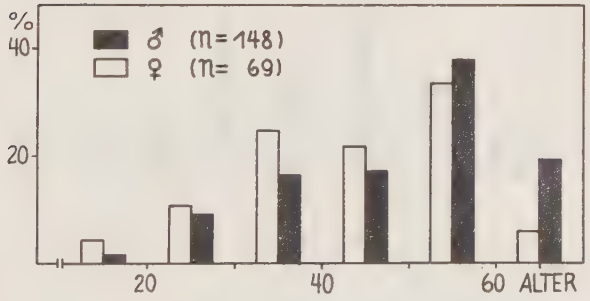

Abb. 10: Altersverteilung bei 148 Männern und 69 Frauen der Arbeiterrentenversicherung, die im Hinblick auf notwendige Heilbehandlung fachintern begutachtet wurden.

Das mittlere Lebensalter der Antragsteller betrug bei den Männern 49 Jahre, bei den Frauen 43 Jahre. Maßnahmen der Heilbehandlung befürwortete der Gutachter bei den Männern in 81 % (119) und bei den Frauen in 90 % (62). Vorgeschlagen wurden bei den Männern in 75 % (Frauen 73 %) stationäre Heilbehandlung, d.h. sogenannte Kuraufenthalte, in 21 % (Frauen 27 %) stationäre Krankenhausbehandlung und in 4 % (Frauen 0 %) ambulante Heilbehandlung. Heilbehandlungsmaßnahmen wurden in erster Linie wegen Krankheiten des Kreislaufsystems für erforderlich gehalten und zwar bei den Männern in 28 %, bei den Frauen in 32 %. Es folgten auffallenderweise bei den Männern die Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 23 %. Bei den Frauen fielen der die vegetative Dystonie enthaltende Diagnosegruppe 23 % zu. Erst an 3. Stelle standen die Krankheiten der Atmungsorgane mit 18 % bei den Männern und mit 15 % bei den Frauen (Abb. 11).

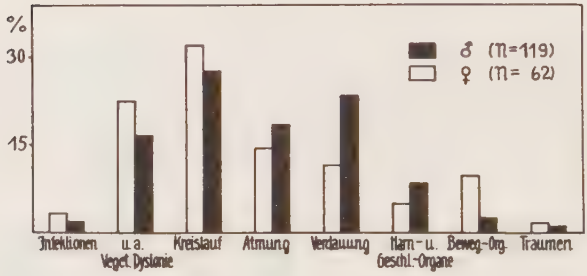

Abb. 11: Ursachen ärztlich befürworteter Heilbehandlungsmaßnahmen bei 119 Männern und 62 Frauen der Arbeiterrentenversicherung.

3.) Bundesbahnversicherungsanstalt

Insgesamt 8 Gutachtenaufträge wurden im Dreijahreszeitraum in Rentenfragen von Bundesbahnangestellten und -arbeitern erledigt, davon 5 für Sozialgerichte. Ärztliche Feststellung von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erfolgte insgesamt fünfmal.

b) Rentenversicherung der Angestellten

Im Dreijahreszeitraum lagen insgesamt 84 Begutachtungen über Versicherte der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zu Fragen der Rentengewährung vor.
Den Anteil der Gutachten im Verwaltungsverfahren, dem 1. und 2. Rechtszug sowie dem der Männer und Frauen ergibt Tabelle 5:

	Anzahl	Männer	Frauen
Bundesversicherungs-anstalt f. Angestellte	3 (3 %)	1	2
Sozialgerichte	77 (92 %)	36	41
Landessozialgerichte	4 (5 %)	2	2
insgesamt	84 (100 %)	39	45

Tab. 5: Auftraggeber von Renten-Gutachten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten im Dreijahreszeitraum.

Bei den Männern handelte es sich in 80 % (31), bei den Frauen ebenfalls in 80 % (36) um Hauptgutachten. Der Rest von jeweils 20 % verteilte sich auf Zusatzgutachten für die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen.

Die Begutachtungen erfolgten nach klinisch stationärer bzw. ambulanter Untersuchung und zwar bei den Männern in 39 % (Frauen 29 %) 2 - 3-tägig ambulant, in 56 % (Frauen 69 %) 3-tägig stationär und in 3 % (Frauen 2 %) kombiniert ambulant-stationär.

Für die 67 Hauptgutachten wurden insgesamt 89 (Männer 40, Frauen 49) ergänzende Zusatzgutachten eingeholt. Sie betrafen auf fachinternem Gebiet in 17 % der Männer und 4 % der Frauen Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen. Die übrigen Zusatzgutachten verteilten sich auf nachstehende Fachdisziplinen:

	Männer	Frauen
Nervenheilkunde	28 %	23 %
Orthopädie	20 %	31 %
Augenheilkunde	17 %	12 %
Chirurgie	10 %	6 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	8 %	6 %
Frauenheilkunde	-	18 %

Das Säulendiagramm der Abbildung 12 zur Altersverteilung zeigt, daß der Hauptteil der untersuchten Männer (64 %) und Frauen (51 %) im 6. Lebensjahrzehnt stand. Entsprechend lag das mittlere Lebensalter der Männer bei 54 Jahren, das der Frauen bei 51 Jahren.

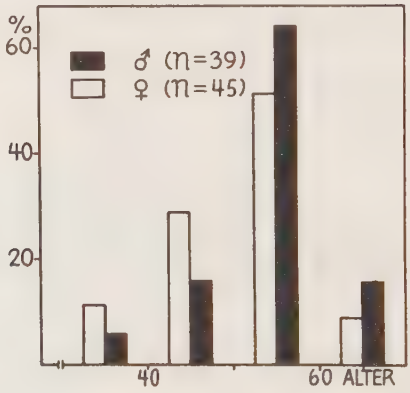

Abb. 12: Altersverteilung bei 39 Männern und 45 Frauen, die zu Ansprüchen in der Rentenversicherung der Angestellten begutachtet wurden.

Die untersuchten Männer gehörten mit 39 % den Berufen der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege, mit 31 % den industriellen und handwerklichen Berufen an. Bei den Frauen herrschten mit 51 % die Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege vor (Abbildung 13).

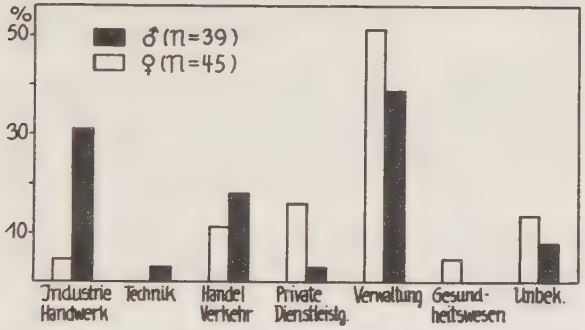

Abb. 13: Berufsverteilung bei 39 Männern und 45 Frauen, die zu Ansprüchen in der Rentenversicherung der Angestellten begutachtet wurden. Abkürzungen vgl. Abb. 9

Die an den Gutachter gestellte Frage nach Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wurde 14mal (36 %) bei den Männern und 15 mal (34 %) bei den Frauen bejaht. Bei den Männern lag in 28 % (Frauen 27 %) Berufsunfähigkeit und in 8 % (Frauen 7 %) Erwerbsunfähigkeit vor.

Die Ablehnungsrate war mit rund Zweidritteln bei Männern und Frauen im Bereich der Rentenversicherung der Angestellten relativ hoch. Zusätzliche Heilmaßnahmen wurden bei den Männern in 18 % (7) und bei den Frauen in 16 % (7) ärztlich befürwortet. Erkrankungen des Kreislaufsystems stellten sowohl bei den Männern (in 50 %), wie auch bei den Frauen (in 74 %) Hauptursache der wenigen Fälle ärztlich angenommener Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit dar.

c.) Knappschaftliche Rentenversicherung

Insgesamt 14 Gutachten wurden im Dreijahreszeitraum auf dem Gebiet der knappschaftlichen Rentenversicherung zu Fragen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erstattet. Sie verteilten sich auf das Verwaltungsverfahren, den 1. und 2. Rechtszug und auf Männer und Frauen wie folgt:

	Anzahl d. Gutachten	Männer	Frauen
Knappschaft	8	8	-
Sozialgerichte	3	2	1
Landessozialgerichte	3	3	-
insgesamt	14	13	1

Es handelte sich bei den Männern 1omal um Hauptgutachten und 3mal um Zusatzgutachten für andere medizinische Fachgebiete.
Sämtliche Begutachtungen erfolgten nach klinisch stationärer bzw. ambulanter Untersuchung und zwar zu zwei Dritteln nach zweitägiger ambulanter, zu einem Drittel nach zweitägiger stationärer Aufnahme.

Im Rahmen der Hauptgutachten wurden 7 ergänzende Zusatzgutachten angefertigt und zwar ausschließlich Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen.

Die Auswertung nach dem Alter zeigte, daß zwei Drittel der Begutachtungen im 6. Lebensjahrzehnt steht. Das mittlere Alter betrug 52 Jahre.

Vorzeitige Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wurde in 8 Fällen ärztlich festgestellt, und zwar jeweils 4mal Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.
Bei den Diagnosen standen als Ursachen wiederum Erkrankungen des Kreislaufsystems im Vordergrund.

2.) Gesetzliche Unfallversicherung

Die Unfallversicherung hat die wirtschaftliche Sicherstellung gegenüber den Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit (BK) zu gewährleisten. Sie soll die durch Unfall oder Berufskrankheit eingetretenen Körperschäden beseitigen helfen oder Verschlimmerungen verhüten und den Verletzten wieder in das Erwerbsleben, nach Möglichkeit auch in seinen früheren Beruf zurückführen. Sie soll weiterhin den Schaden, der durch den Unfall oder die Berufskrankheit entstanden ist, durch Geldleistungen ausgleichen. Ihre wichtigste Aufgabe sieht sie in der Durchführung von Unfallverhütungsmaßnahmen.

Träger der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften, die Gebietskörperschaften, nämlich die Gemeinden und Gemeindeverbände, ferner die Länder durch ihre Ausführungsbehörden für Unfallversicherung sowie die bundeseigenen Einrichtungen zur Durchführung der Unfallversicherung (z.B. Bundespostausführungsbehörde für Unfallversicherung).

Dem Versicherungsschutz unterliegen alle aufgrund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses beschäftigten Personen sowie weitere besondere Personengruppen kraft Gesetzes oder kraft Satzung oder freiwillig.

Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit Eintreten des Versicherungsfalls. Versicherungsfälle sind Körperverletzungen, unter Umständen verbunden mit einer Minderung oder dem völligen Verlust der Erwerbsfähigkeit, oder Tod infolge Arbeitsunfalles sowie Erkrankung oder Tod infolge einer Berufskrankheit. Arbeitsunfälle sind Unfälle, die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit erleidet (§ 542 RVO). Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle auf einem mit der Tätigkeit in dem Unternehmen zusammenhängendem Weg nach oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte.

Die Rechtssprechung hat den Arbeitsunfall als ein körperlich schädigendes, zeitlich begrenztes Ereignis bezeichnet, das mit einer versicherten Tätigkeit in ursächlichem Zusammenhang steht (CAESAR, SCHILD).

Beim Vorliegen eines Arbeitsunfalles muß demnach ein doppelter Ursachenzusammenhang bestehen: einmal der Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Unfall als haftungsbegründende Kausalität und zum anderen zwischen diesem Unfall und der Verletzung als haftungsausfüllende Kausalität (PROBST).

Für die Beurteilung des Ursachenzusammenhanges gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung als Rechtsnorm

die Theorie der wesentlichen Bedingung. Danach ist die Bedingung, die zum Erfolg geführt hat, nur dann als adäquat und rechtserheblich anzusehen, wenn sie wegen ihrer Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, so sind sie rechtlich nur dann nebeneinander stehende Mitursachen, wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind. Kommt dagegen einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, so soll der betreffende Umstand allein als Ursache im Rechtssinne anzusehen sein (GOETZ). Entschädigungspflichtig ist nicht nur die Gesundheitsstörung, die durch ein entschädigungspflichtiges Ereignis hervorgerufen worden ist, sondern auch das Leiden, das durch ein derartiges Ereignis ursächlich verschlimmert wurde (vorübergehende, anhaltend begrenzte, richtunggebende Verschlimmerung).

Für den Fall des Zusammentreffens unfallbedingter und davon unabhängiger Leiden mit Todesfolge ist nach DORIN eine am Todesereignis mitbeteiligte Unfallschädigung dann als rechtlich "wesentliche Teilursache" des Todes anzusehen, wenn

1. die Unfallschädigung im medizinischen Sinne den Tod in wenigstens erheblichem Maße verursacht hat,

2. die Unfallschädigung ein bereits bestehendes Leiden verschlimmert und den Eintritt des Todes dadurch wenigstens um 1 Jahr beschleunigt hat,

3. die Unfallschädigung den Tod zwar nicht in erheblichem Maße mitverursacht, das Leben des Verstorbenen aber um mindestens 1 Jahr verkürzt hat.

Im Unfallentschädigungsverfahren gelten die rechtsbegründenden Tatsachen erst dann als dargetan, wenn für sie ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit besteht, daß sich darauf vernünftigerweise die Überzeugung vom Kausalzusammenhang gründen kann. (PROBST).

Die Berufskrankheiten sind dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterstellt. Nach § 551, Abs. 1 RVO gelten sie als Arbeitsunfälle. In der Anlage zur 6. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten (6. Berufskrankheiten-Verordnung = 6. BKVO) sind sie im einzelnen bezeichnet. Nach § 551, Abs. 3 gelten die für Arbeitsunfälle maßgebenden Vorschriften für die Berufskrankheiten entsprechend (MARTENS). Die Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen in Gewährung und Durchführung der Krankenbehandlung, Berufsfürsorge, der Zahlung von Geldleistungen und der Wiederherstellung oder Erneuerung eines durch den Unfall beschädigten Körperersatzstückes.

Für die Gewährung von Unfallrenten spielt die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit einem Erwerb nachgehen zu können die entscheidende Rolle. Dabei ist von der Erwerbsfähigkeit auszugehen, die der Verletzte (nicht eine Vergleichsperson) vor dem Unfall besaß.

Ausgangsgrundlage und mit 100 Prozent anzusetzen ist somit die individuelle Erwerbsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, sich mit den jeweiligen Kenntnissen, körperlichen und geistigen Kräften im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens einen Erwerb zu verschaffen.
Unfallrente wird grundsätzlich gewährt, wenn die unfallbedingte MdE über die 13. Woche hinaus andauert und mindestens 20 v. H. beträgt.

Eine einmal festgestellte unfallbedingte MdE darf nur bei wesentlicher Änderung der Verhältnisse - im Sinne einer Besserung oder Verschlimmerung - geändert werden. Die Änderung darf jedoch keine vorübergehende, sondern muß eine dauernde sein und mindestens 10 % betragen. Eine wesentliche Änderung besteht auch bei Gewöhnung an den Unfallfolgezustand, selbst wenn sich die medizinischen Verhältnisse nicht geändert haben. Hinterbliebenenrente (§ 586 RVO) wird gezahlt, wenn der Tod unmittelbare oder mittelbare Folge des Unfalls ist (CAESAR, SCHILD).

Ärztliche Gutachten für die Unfallversicherung werden zur Beurteilung der Folgezustände von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten angefordert. Das ärztliche Gutachten hat sich in der Regel sowohl zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges wie zur Höhe der durch die Folgen des Unfalles oder der BK eingetretenen MdE zu äußern.

Auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung werden an die internmedizinische Klinik spezifisch arbeitsmedizinische Fragen herangetragen. Sie setzen in der Regel eine besondere Kenntnis der gültigen BKVO und spezielle arbeitsmedizinische Erfahrung voraus. Das Schwergewicht liegt eindeutig auf dem Gebiet der Pneumokoniosen. Dabei spielen zahlenmäßig die Silikose und Silikotuberkulose (Ziffer 34 und 35 der 6. BKVO) die Hauptrolle. Der hohe Anteil Funktionsanalysen von Lungen, Herz und Kreislauf läßt das Bemühen um Verlaufskontrolle und quantitative Erfassung der Funktionseinbuße erkennen. Es ist in diesem Zusammenhang allerdings auf die schwer-

punktmäßige Ausrichtung der damaligen Kölner Klinik auf den Sektor der Erkrankungen von Herz, Kreislauf und Lungen hinzuweisen.
Das vorliegende Erfahrungsgut umfaßt 468 Untersuchungen im Dreijahreszeitraum. Die Verteilung der Gutachten auf das Verwaltungsverfahren und den 1. bzw. 2. Rechtszug ist unter Berücksichtigung des Geschlechtsverhältnisses aus Tabelle 6 ersichtlich.

	Männer	Frauen	insgesamt
Verwaltungsverfahren	282	33	315
Sozialgerichte	140	4	144
Landessozialgerichte	9	-	9
insgesamt	431	37	468

Tabelle 6: Verteilung der Gutachten zur gesetzlichen Unfallversicherung im Dreijahreszeitraum nach Auftraggebern.

Insgesamt läßt sich sagen, daß die sich aus der gesetzlichen Unfallversicherung ergebenden arbeitsmedizinischen Fragen zahlenmäßig - nach denen der gesetzlichen Rentenversicherung - größte Bedeutung zukommt.

a.) Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie

In den Jahren 1961 - 1963 wurden 141 Gutachten zur Beurteilung des Kausalzusammenhanges bzw. der Folgezustände einer Berufskrankheit erstattet.

Den Anteil der Gutachten am Verwaltungsverfahren, dem 1. und 2. Rechtszug sowie den der Männer und Frauen zeigt

Tabelle 7:

	Männer	Frauen	insgesamt
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie	125	5	130 (92 %)
Sozialgerichte	5	2	7 (5 %)
Landessozialgerichte	4	-	4 (3 %)
insgesamt	134	7	141(100 %)

Tabelle 7: Verteilung der Gutachten über Versicherte der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie nach Auftraggebern.

Sämtliche 141 Gutachten waren Hauptgutachten, die bei den Männern in 94 % nach Untersuchung und in 6 % nach Aktenlage durchgeführt wurden.

Ambulante Untersuchungen erfolgten bei Männern in 80 % meist einen Tag lang, stationäre in 17 % vorwiegend drei Tage lang und kombiniert ambulante und stationäre in 3 %.

Im Folgenden bleiben bei den Männern 6 Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten unberücksichtigt.

Für 128 Hauptgutachten der Männer wurden 74 ergänzende Zusatzgutachten benötigt, die sämtlich Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen betrafen.
Die Aufschlüsselungsmöglichkeiten nach Berufen war unzureichend. In 45 % wurde der wenig aussagende Beruf "Arbeiter" verzeichnet, in je 26 % lagen industrielle und handwerkliche Berufe vor, bzw. waren die Berufe aus den Unterlagen nicht zu ersehen.

Die Auswertung nach dem Alter ergab, daß vorwiegend Personen begutachtet wurden, die dem 6. und 7. Lebensjahrzehnt angehörten. Es entfielen auf die 50 - 59-jährigen 48 %, auf die 60 - 69-jährigen 41 % und nur 6 % auf die 40 - 49-jährigen.
Das mittlere Lebensalter betrug 59 Jahre.

Berufskrankheiten mit leistungsmindernder Beeinträchtigung von Atmung und Kreislauf wurden in 66 % (85 Fällen) ärztlich erstmalig, gleichbleibend oder als verschlimmert festgestellt. Es handelte sich um Erkrankungen nach den Ziffern 34 und 35 der 6. BKVO, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % und mehr bedingten. In mit 68 % (58 Fällen) überwiegendem Anteil lag ursächlich eine Silikose und in 32 % (27 Fällen) eine Silikotuberkulose vor.

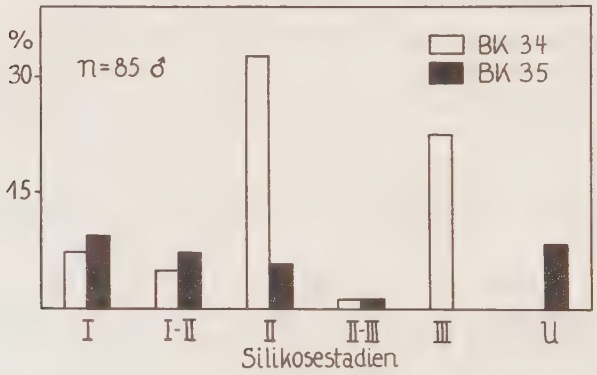

Abb. 14: Verteilung der ärztlich als entschädigungspflichtig beurteilten Berufskrankheiten nach Ziffer 34 und 35 auf die einzelnen Silikosestadien bei 85 in der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie versicherten Männern.
Abkürzungen:
BK = Berufskrankheit
U = BK 35 mit nicht näher bezeichnetem Silikoseschweregrad

Abbildung 14 läßt erkennen, daß bereits 7 %, d.h. 6 Fälle an Silikose im röntgenologischen Stadium I mit leistungsmindernder Beeinträchtigung von Atmung und Kreislauf erkrankt waren. Silikosen im Stadium II fanden sich in 33 %, im Stadium III in 22 %. Ca. 38 % verteilten sich mit jeweils weniger als 10 % auf die Silikoseschweregrade I - II und II - III der Berufskrankheit nach Ziffer 34 sowie auf Erkrankungsstadien der Silikotuberkulose. Besonders die Silikose I in Verbindung mit Tuberkulose war in einem relativ hohen Anteil Gegenstand der Begutachtung.

Die ärztliche Beurteilung von Folgezuständen der Berufskrankheit nach Ziffer 34 ergab eine geschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit von:

20 - 49 v.H. in 28 %
50 - 79 v.H. in 24 %
80 -100 v.H. in 17 %

Die Berufskrankheit nach Ziffer 35 der 6. BKVO verursachte eine vom Gutachter geschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit von:

20 - 49 v.H. in 2 %
50 - 79 v.H. in 9 %
80 -100 v.H. in 20 %

Ärztlich befürwortete Heilverfahren lagen in 19 % (26 Fällen) der Begutachteten vor. In 14 % sollten sie Folgezustände von zu entschädigenden Berufskrankheiten bessern und in 5 % eine Entschädigungspflicht hinauszögern bzw. verhüten.
Ferner wurde in 3 Fällen der Kausalzusammenhang zwischen Tod und den Folgen einer Berufskrankheit nach Ziffer 34 der 6. BKVO bejaht.

b.) Bergbau-Berufsgenossenschaft

Die Anzahl der Gutachten, die zur Beurteilung des Kausalzusammenhanges und der Folgezustände von Berufskrankheiten bzw. Arbeitsunfällen im Dreijahreszeitraum angefertigt wurden, betrug 199.

Sie verteilten sich auf das Verwaltungsverfahren, den 1. und 2. Rechtszug sowie auf Männer und Frauen wie folgt (Tabelle 8):

	Männer	Frauen	insgesamt
Bergbau-Berufsgenossenschaft	85	2	87 (44 %)
Sozialgerichte	112	-	112 (56 %)
Landessozialgerichte	-	-	- (-)
insgesamt	197	2	199 (100%)

Tabelle 8: Verteilung der Gutachten über Versicherte der Bergbau-Berufsgenossenschaft im Dreijahreszeitraum nach Auftraggebern.

98 % (194) der Gutachten bei den Männern waren Hauptgutachten, die restlichen 2 % Zusatzgutachten für andere medizinische Fachgebiete. Die Begutachtungen wurden in 98 % nach Untersuchung und in 2 % nach Aktenlage durchgeführt. Ambulante Untersuchungen erfolgten in 80 % in der Mehrzahl einen Tag lang, stationäre in 16 % meist drei Tage lang und kombiniert ambulante und stationäre in 4 %.

Sechs Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten der Männer bleiben im Folgenden unberücksichtigt.

Für 188 Hauptgutachten der Männer wurden 171 ergänzende Zusatzgutachten herangezogen, die in 99 % Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen betrafen.

Die Auswertung nach den Berufen ergab in 83 % die Zugehörigkeit zur industriellen und handwerklichen Berufsgruppe. In 3 % wurde als Beruf "Arbeiter" vermerkt und in 11 % lag keine Berufsbezeichnung vor.

Die Altersgruppe der 50 - 59-jährigen umfaßte die Hälfte der Begutachteten (50 %). 19 % entfielen auf das 7. und jeweils ca. 14 % auf das 3. und 4. Lebensjahrzehnt (Abb. 15).

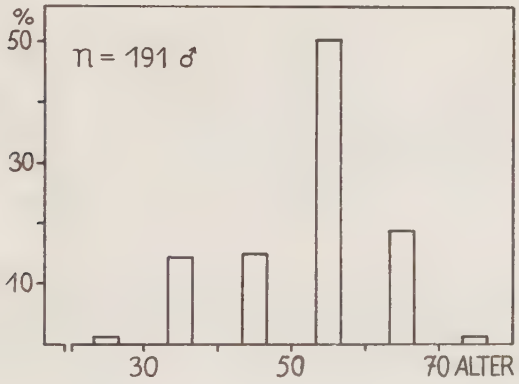

Abb. 15: Altersverteilung bei 191 in der Bergbau-Berufsgenossenschaft versicherten Männern.

Das mittlere Lebensalter betrug 52 Jahre.
Gesundheitsschäden im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung wurden in 48 % (92 Fällen) vom ärztlichen Gutachter erstmalig, gleichbleibend oder als verschlimmert festgestellt. Hierbei handelte es sich im wesentlichen, und zwar in 89 % (82 Fällen), um Erkrankungen an Silikose. Folgen eines Arbeitsunfalles auf internem Gebiet kamen in 11 % (10 Fällen)vor.

Wie Abbildung 16 zeigt, entfiel mit 45 % der Hauptanteil auf die Silikose im Stadium II. Erkrankte im Stadium II - III fanden sich in 14 %, im Stadium III in 19 % und im Stadium I - II bereits in 10 %.

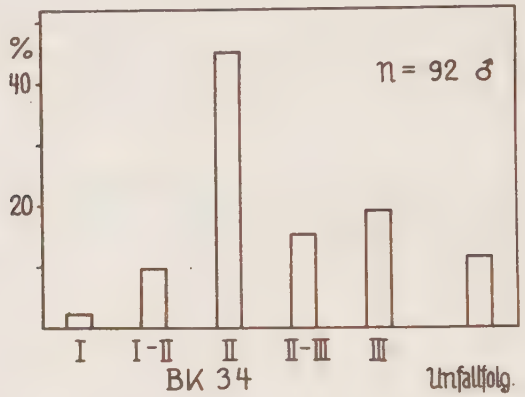

Abb. 16: Verteilung der Berufskrankheiten nach Ziffer 34 mit Folgezuständen an Atmung und Kreislauf auf die Silikoseschweregrade und Anteil der Folgen von Arbeitsunfällen bei 92 in der Bergbau-Berufsgenossenschaft versicherten Männern.

Abkürzungen:

Unfallfolg. = Unfallfolgen
BK = Berufskrankheit

Die durch die Berufskrankheit nach Ziffer 34 der 6. BKVO hervorgerufenen Funktionsstörungen von Atmung und Kreislauf wurden ärztlich wie folgt beurteilt:

eine MdE von 20 - 49 v.H. wurde in 58 %
" " " 50 - 79 v.H. " " 31 %
" " " 80 -100 v.H. " " 1 % angenommen.

Die internistische Beurteilung der Folgen von Arbeitsunfällen nach Starkstromunfällen, Thorax- und Abdominaltraumen mit Funktionsbeeinträchtigung innerer Organe ergab eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von

20 - 49 % in 9 %
50 -100 % in 2 %

Weiterhin wurde ein Kausalzusammenhang zwischen Tod und den Folgen einer Berufskrankheit nach Ziffer 34 bzw. 35 der 6. BKVO in je einem Fall bejaht.

c.) Sonstige Unfallversicherungsträger

Insgesamt 128 Begutachtungen erfolgten im zur Diskussion stehenden Dreijahreszeitraum zur Beurteilung des Kausalzusammenhanges und der Folgezustände von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen. Es handelte sich um Versicherte der verschiedenen Unfallversicherungsträger mit Ausnahme der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie und der Bergbau-Berufsgenossenschaft. Versicherungsträger waren unter 21 Berufsgenossenschaften vor allem die Maschinen und Kleineisen-Berufsgenossenschaft, die Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft und die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, unter drei Gebietskörperschaften die Ausführungsbehörde für Unfallversicherung.
Auf das Verwaltungsverfahren, den 1. und 2. Rechtszug und auf die Geschlechter entfielen folgende Zahlen (Tabelle 9):

	Männer	Frauen	insgesamt
Unfallversicherungsträger	72	26	98
Sozialgerichte	23	2	25
Landessozialgerichte	5	-	5
insgesamt	100	28	128

Tabelle 9: Verteilung der Gutachten über Versicherte der verschiedenen Unfallversicherungsträger - außer der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie und der Bergbau-Berufsgenossenschaft.

Bei den Männern lagen in 84 % (84), bei den Frauen in 89 % (25) Hauptgutachten vor. Die restlichen 16 % bzw. 11 % sind Zusatzgutachten für die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen. Die Begutachtungen erfolgten bei den Männern in 93 % (Frauen 100 %) nach Untersuchung und in 7 % nach Aktenlage.
Ambulante Untersuchungen fanden bei den Männern in 65 % (Frauen 90 %) meist 2 Tage lang statt, stationäre in 31 % (Frauen 10 %) überwiegend 3 Tage lang und kombiniert stationäre und ambulante in 4 %.

Im Folgenden werden bei den Männern 4 Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten nicht mitberücksichtigt.

Für 105 Hauptgutachten wurden insgesamt 39 (Männer 36, Frauen 3) ergänzende Zusatzgutachten herangezogen, die sich bei den Männern im wesentlichen auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen (67 %) und auf das neurologische Fachgebiet (14 %) bezogen.

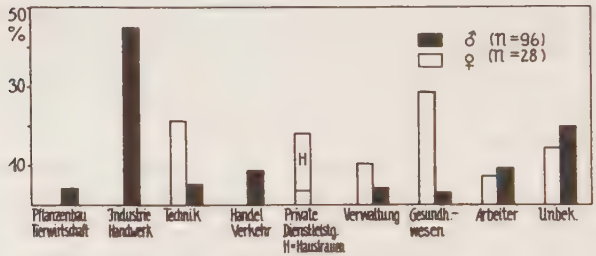

Abb. 17: Berufsverteilung von 96 Männern und 28 Frauen, die bei den verschiedenen Unfallversicherungsträgern versichert sind und wegen Rentenansprüchen fachintern beguta chtet wurden.
Abkürzung: Unbek. = unbekannte Berufe.

Abbildung 17 zeigt bei den Männern das Überwiegen der industriellen und handwerklichen Berufe mit 45 %. In dem relativ hohen Anteil von 20 % wurde ein Beruf nicht verzeichnet.
Bei den Frauen fanden sich im wesentlichen Berufe des Gesundheitswesens, Geistes- und Kunstlebens (29 %), technische Berufe (21 %) und Berufe der privaten Dienstleistung (18 %).

Der Häufigkeitsgipfel in der Altersverteilung der Männer lag mit 31 % bei den 50 - 59-jährigen.
Bei den Frauen waren die jüngeren Jahrgänge vorherrschend. Es entfielen je 25 % auf das 3. und 4. Lebensjahrzehnt und 21 % auf die Altersgruppe der 40 - 49-jährigen (Abbildung 18).

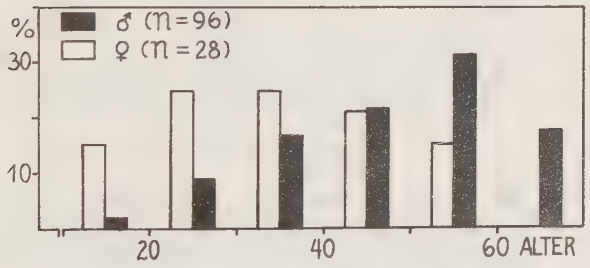

Abb. 18: Altersverteilung von 96 Männern und 28 Frauen, die bei den verschiedenen Unfallversicherungsträgern versichert sind und wegen Rentenansprüchen fachintern begutachtet wurden.

Das mittlere Alter betrug bei den Männern 48 Jahre, bei den Frauen dagegen 35 Jahre.
Gesundheitsstörungen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung wurden in 54 % (52) der Männer und 64 % (18)

der Frauen von ärztlicher Seite erstmalig, gleichbleibend oder als verschlimmert festgestellt.
Bei den Männern traten Folgezustände nach Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen mit 40 % ursächlich besonders hervor. Erkrankungen der Kreislauforgane fanden sich in 25 %, Störungen der Atmungsorgane und infektiöse und parasitäre Erkrankungen jeweils in etwa 12 % (Abb. 19).

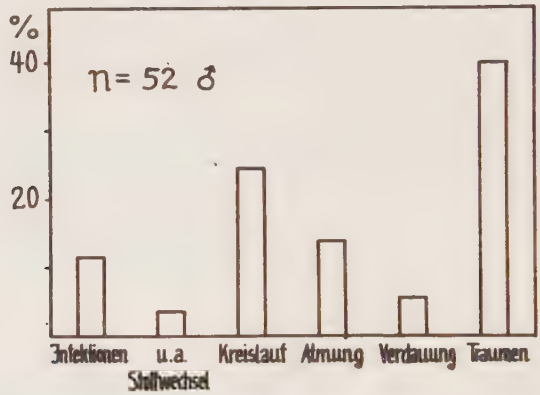

Abb. 19: Verteilung der ärztlich festgestellten unfallbedingten und zu entschädigenden Erkrankungen bzw. Berufskrankheiten nach Diagnosegruppen bei 52 männlichen Versicherten verschiedener Unfallversicherungsträger.

Bei den Frauen handelte es sich hauptsächlich (in 14 Fällen) um Berufskrankheiten nach Ziffer 37 der 6. BKVO, d.h. um Infektionskrankheiten, und zwar vorwiegend um Erkrankungen an Hepatitis epidemica bei Krankenhauspersonal.

Heilverfahren wurden in 14 % (13 Fällen) der begutachteten Männer und 33 % (9 Fällen) der Frauen ärztlich für notwendig gehalten.

Die gutachtliche Beurteilung der Folgezustände von Unfällen und Berufskrankheiten ergab bei den Männern eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von:

20 - 49 v.H. in 63 %
50 - 79 v.H. in 27 %
80 -100 v.H. in 10 %

Bei den Frauen wurde in 17 Fällen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 - 49 v.H. befürwortet.
Weiterhin wurde bei den Männern in einem Fall der Tod an Herzinfarkt als Unfallfolge von ärztlicher Seite bejaht.

B.) Begutachtung im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes

Die Entschädigung der Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung hat sich die Bundesrepublik zur Aufgabe gemacht. Rechtsgrundlage für die Entschädigung ist das Bundesentschädigungsgesetz vom 29. 6. 1956 (BGBl. I S. 562) in der jeweils gültigen Fassung.

Als Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung gilt, wer aus Gründen politischer Gegnerschaft gegen den Nationalsozialismus oder aus Gründen der Rasse, des Glaubens oder der Weltanschauung durch nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen verfolgt wurden ist und hierdurch Schaden an Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit, Eigentum, Vermögen, in seinem beruflichen oder in seinem wirtschaftlichen Fortkommen erlitten hat (§ 1, Abs. 1, BEG).

Anspruch auf Entschädigung hat der Verfolgte, wenn er an seinem Körper oder an seiner Gesundheit nicht unerheblich geschädigt worden ist (§ 28, 1, BEG).

Als unerheblich gilt eine Schädigung, die weder die geistige noch die körperliche Leistungsfähigkeit des Verfolgten nachhaltig beeinträchtigt hat und voraussicht-

lich auch nicht beeinträchtigen wird (§ 28, 3, BEG). Auch der Schadenstatbestand wird von Amts wegen ermittelt.

Das Entschädigungsrecht geht hinsichtlich der Kausalitätsnorm auf die Adäquanztheorie zurück. Anders ausgedrückt wird jede Bedingung als Ursache angesehen, die nach menschlicher Voraussicht - und unter optimaler Betrachtungsweise - generell geeignet ist, den Erfolg herbeizuführen. Rechtlich bedeutsam ist danach nur diejenige Bedingung, die mit dem eingetretenen Erfolg in "adäquatem" Zusammenhang steht.

Als Ursache kommt nicht nur eine unmittelbar gegen Körper oder Gesundheit gerichtete Verfolgungsmaßnahme in Betracht. Es genügt, wenn der Verfolgte von irgendeiner Verfolgungsmaßnahme betroffen wurde oder einer ihm drohenden Verfolgungsmaßnahme durch rechtzeitige Auswanderung entgangen ist und in adäquaten Zusammenhang damit einen Körper oder Gesundheitsschaden erlitten hat (Broschüre: Vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit). Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem verfolgungseigentümlichen schädigenden Vorgang und dem jetzt festgestellten Gesundheitsschaden muß wahrscheinlich sein. Dies ist dann der Fall, wenn mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht.

Schaden an Körper oder Gesundheit kann entweder im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung verursacht worden sein. Der Körperschaden oder das Leiden ist im Sinne der Entstehung verursacht, wenn eine Verfolgungsmaßnahme eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung verursacht hat.

Ein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der Verschlimmerung liegt vor, wenn das schädigende Ereignis auf einen schon bestehenden krankhaften Zustand eingewirkt und zu einer Vergrößerung des Krankheitswertes geführt hat. Hierbei ist zwischen einer abgrenzbaren oder richtunggebenden Verschlimmerung zu unterscheiden.

Eine Verschlimmerung ist abgrenzbar, wenn ein vor der Verfolgung bestehendes Leiden verschlimmert wurde, ohne daß sich die Verlaufsrichtung des Grundleidens geändert hat. Hier ist der durch die Verfolgung verursachte zusätzliche Krankheitswert entschädigungspflichtig.

Eine richtunggebende Verschlimmerung ist gegeben, wenn ein schon vor der Verfolgung bestehendes Leiden sich durch die Verfolgung progredient verschlimmerte und somit eine andere als die bisherige Verlaufsrichtung einnahm. Bei der richtunggebenden Verschlimmerung eines früheren Leidens gilt dieses im vollen Umfang als Verfolgungsleiden.
Für die Beurteilung anlagebedingter Leiden, die bei Beginn der Verfolgung noch nicht vorhanden waren, gilt nach § 4 der 2. Durchführungsverordnung zum BEG:

Ein anlagebedingtes Leiden gilt als durch nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen im Sinne der Entstehung verursacht, wenn es durch diese Gewaltmaßnahmen wesentlich mitverursacht worden ist.

Das Bundesentschädigungsgesetz schreibt folgende Leistungen vor: Heilverfahren, Rente, Kapitalentschädigung, Hausgeld, Umschulungsbeihilfe, Versorgung der Hinterbliebenen.
Rente steht dem Verfolgten im Falle und für die Dauer einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 25 von Hundert zu (§ 31, 1, BEG).

Bei der Bemessung des Grades der MdE wird von der geistigen oder körperlichen Leistungsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben ausgegangen.

Der vor dem Beginn der Verfolgung ausgeübte Beruf oder eine vor diesem Zeitpunkt begonnene oder nachweisbar angestrebte Berufsausbildung sind zugunsten des Verfolgten bei der Bewertung des Grades der MdE zu berücksichtigen.

Tritt in den Verhältnissen, die für die Feststellung des Anspruches maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung ein (Abweichung der neuerrechneten gegenüber der bisherigen MdE von mindestens 10 %), so wird der Anspruch auf Entschädigung neu festgesetzt.

Bei Entschädigung für Schaden im beruflichen Fortkommen, kann der Verfolgte anstelle einer Kapitalentschädigung eine Rente wählen, wenn er u.a. im Zeitpunkt der Entscheidung in seinem Beruf nicht mehr als 50 % arbeitsfähig ist. Die Frage der Arbeitsfähigkeit ist nach dem Beruf zu beurteilen, den der Verfolgte im Zeitpunkt der Entscheidung ausgeübt oder, falls er in diesem Zeitpunkt keinen Beruf mehr ausübt, zuletzt ausgeübt hat.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist die konkrete MdE im speziellen Beruf festzustellen, wobei alle Gesundheitsstörungen ohne Rücksicht auf ihre Ursache zugrunde zu legen sind.

Die Begutachtungen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes betreffen im wesentlichen Fragen des Kausalzusammenhanges und die Beurteilung verfolgungsbedingter Gesundheitsschädigungen.

In den Jahren 1961 - 1963 wurden 418 Begutachtungen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes durchgeführt. Sie verteilten sich auf das Verwaltungsverfahren, den

1. und 2. Rechtszug und auf Männer und Frauen wie folgt:

	Männer	Frauen	insgesamt
Verwaltungsverfahren	54	28	82 (20 %)
Landgerichte	171	118	289 (69 %)
Oberlandesgerichte	28	19	47 (11 %)
insgesamt	253	165	418 (100%)

Tab. 10: Verteilung der Gutachten, die im Rahmen des BEG durchgeführt wurden, nach Auftraggebern.

Bei den Männern lagen in 97 % (246), bei den Frauen in 95 % (158) Hauptgutachten vor. Die restlichen 3 % bzw. 5 % bezogen sich auf Zusatzgutachten für verschiedene medizinische Fachgebiete.

Die Begutachtungen erfolgten bei den Männern in 55 % (Frauen 66 %) nach Untersuchung und in 45 % (Frauen 34 %) nach Aktenlage.

Die Männer wurden in 43 % (Frauen 47 %) meist 1 oder 2 Tage lang ambulant, in 53 % (Frauen 50 %) vorwiegend 3 Tage lang stationär und in 4 % (Frauen 4 %)sowohl ambulant, wie stationär untersucht.

Im Folgenden bleiben bei den Männern 20 Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten unberücksichtigt.

Insgesamt 234 (Männer 131, Frauen 103) ergänzende Zusatzgutachten wurden im Rahmen von 384 Hauptgutachten herangezogen. Sie verteilten sich auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen bei den Männern mit 8 % (Frauen 3 %) und hauptsächlich auf folgende medizinische

Fachdisziplinen:

	Männer	Frauen
Nervenheilkunde	32 %	39 %
Orthopädie	19 %	20 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15 %	9 %
Augenheilkunde	13 %	5 %
Chirurgie	4 %	4 %
Frauenheilkunde	-	18 %
Dermatologie	3 %	-

In relativ hohem Prozentsatz waren bei Männern (31 %) und Frauen (41 %) die Berufe aus den Unterlagen nicht näher zu ersehen. Die verzeichneten Berufe betrafen bei den Männern im wesentlichen mit je 25 % industrielle und handwerkliche Berufe sowie Handels- und Verkehrsberufe.
Bei den Frauen waren mit 32 % die Berufe der privaten Dienstleistung vorherrschend, wobei die Hausfrauen weit überwogen (Abbildung 20).

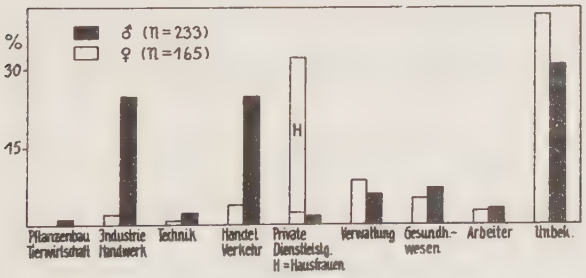

Abb. 20: Berufsverteilung von 233 Männern und 165 Frauen, die im Rahmen des BEG begutachtet wurden. Abkürzungen s. Abbildung 17

Die begutachteten Männer und Frauen gehörten allen Altersgruppen zwischen dem 20. und 90. Lebensjahr an.
Der Hauptanteil der Männer entfiel mit 37 % auf das 6. und mit 26 % auf das 7. Lebensjahrzehnt.
Ein wesentlicher Anteil der untersuchten Frauen befand sich mit 32 % im 6. und mit 25 % im 5. Lebensjahrzehnt (Abbildung 21).

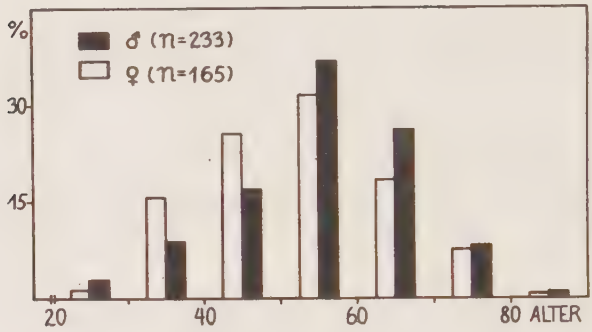

Abb. 21: Altersverteilung bei 233 Männern und 165 Frauen, die im Rahmen des BEG begutachtet wurden.

Das mittlere Lebensalter betrug für die Männer 55, für die Frauen 54 Jahre.
Vom ärztlichen Gutachter wurden verfolgungsbedingte Gesundheitsschädigungen in 29 % (68) der Männer und 27 % (45) der Frauen erstmalig, gleichbleibend oder als verschlimmert festgestellt.
Als Ursachen verfolgungsbedingter Gesundheitsstörungen fanden sich bei den Männern Erkrankungen der Kreislauforgane (26 %) und der Verdauungsorgane (25 %). An dritter Stelle lagen (mit 19 %) Krankheiten der Atmungsorgane.

Bei den Frauen dagegen standen verfolgungsbedingte Störungen der Verdauungsorgane mit 31 % im Vordergrund. In je 18 % zeigten sich Erkrankungen des Kreislaufsystems und die mit "u.a. Stoffwechsel" bezeichnete Diagnosegruppe (Abbildung 22).

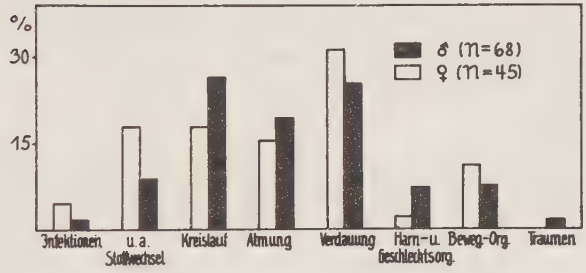

Abb. 22: Ärztlich festgestelle verfolgungsbedingte Gesundheitsstörungen bei 68 Männern und 45 Frauen.

Die Beurteilung dieser Gesundheitsschäden ergab bei den Männern eine MdE von

25 - 49 v.H. in 81 %
50 - 79 v.H. in 13 %
80 -100 v.H. in 6 %

bei den Frauen eine MdE von:

25 - 49 v.H. in 82 %
50 - 79 v.H. in 16 %
80 -100 v.H. in 2 %

Ferner wurde bei den Männern in 2 Fällen der Kausalzusammenhang zwischen Tod und Verfolgungsschaden bejaht. Als zum Tode führende verfolgungsbedingte Gesundheitsstörung wurde in einem Fall eine Erkrankung des Kreislaufsystems, im anderen Fall eine Nierenerkrankung angenommen.

C.) Begutachtung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes

Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene werden vom Staat versorgt. Rechtsgrundlage für die Versorgung der Kriegsopfer ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG) in seiner jeweils gültigen Fassung. Es stellt eine einheitliche Regelung der Leistungen für alle Beschädigten und deren Hinterbliebene in der Bundesrepublik dar.

Die Versorgungsverwaltung obliegt den Versorgungsämtern bzw. den Landesversorgungsämtern. Ansprüche auf Versorgung sind auch nach dem 2. Neuordnungsgesetz vom 21. 2. 1964 durch § 1, Abs. 1 und 2, BVG geregelt.

§ 1, Abs. 1:

Wer durch eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung der militärischen oder militärähnlichen Dienste oder durch die diesem Dienst eigentümlichen Verhältnisse eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung.

Nach § 1, Abs. 2, BVG stehen einer Schädigung im Sinne des Absatzes 1 Schädigungen gleich, die herbeigeführt worden sind durch:

a) unmittelbare Kriegseinwirkung
b) eine Kriegsgefangenschaft
c) eine Internierung im Ausland oder in den nicht unter deutscher Verwaltung stehenden deutschen Gebieten wegen deutscher Staatsangehörigkeit oder deutscher Volkszugehörigkeit,
d) eine mit militärischem oder militärähnlichem Dienst oder mit den allgemeinen Auflösungserscheinungen zusammenhängende Straf- oder Zwangsmaßnahme, wenn sie den Umständen nach als offensichtliches Unrecht anzusehen ist.

Für die Beweiswürdigung gilt im Versorgungsrecht ebenso wie in der gesetzlichen Unfallversicherung der Wahrscheinlichkeitsbeweis. Auch der Kausalitätsbegriff der wesentlich mitwirkenden Bedingung und der nebeneinanderstehenden bzw. überragend bedeutsamen Teilursache entspricht dem der gesetzlichen Unfallversicherung.
Weiterhin gilt das im vorhergehenden Kapitel über Verschlimmerung und Änderung der Verhältnisse gesagte auch hier.
Der Versorgungsanspruch wird durch Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung, Leistungen der Kriegsopferfürsorge sowie durch Gewährung von Be-

schädigten- und Hinterbliebenenrente sowie Pflegezulage, Sterbegeld und Bestattungsgeld erfüllt. Rehabilitationsmaßnahmen - dazu gehören Heilbehandlung als medizinische, Arbeits- und Berufsförderung als berufliche Rehabilitation - haben Vorrang vor Rentenleistungen, weil in erster Linie die Gesundheit gebessert und erhalten sowie die Eingliederung in das Berufsleben herbeigeführt und gesichert werden sollen.

Anspruch auf Grundrente hat der Beschädigte, dessen Erwerbsfähigkeit infolge einer Schädigung um 25 % oder mehr gemindert ist. Als Schwerbeschädigte gelten solche Personen, deren MdE 50 % und mehr beträgt. Wer mehr als 90 % in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, gilt als erwerbsunfähig (CAESAR, SCHILD).

Laut § 30 BVG ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Dabei sind seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen. Nach dem gleichen Paragraphen ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit höher zu bewerten, wenn der Beschädigte durch die Art der Schädigungsfolgen in seinem vor der Schädigung ausgeübten, begonnenen, derzeitigen oder nachweislich angestrebten Beruf besonders betroffen ist.

Als besonderer Rententeil ist die Pflegezulage bestimmt, die Rentenbezüge der am schwersten Betroffenen zu ergänzen. Pflegezulage erhält nach § 35, Abs. 1, BVG derjenige Beschädigte, der infolge der Schädigung so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann.

Der als Gutachter tätige Arzt hat im Versorgungswesen im wesentlichen zur Frage des ursächlichen Zusammenhangs und zur Beurteilung der Folgezustände einer Schädigung Stellung zu nehmen.

Insgesamt 277 Gutachten wurden im Dreijahreszeitraum nach Maßgabe des Bundesversorgungsgesetzes erstattet. Ihre Verteilung auf das Verwaltungsverfahren, den 1. und 2. Rechtszug, sowie auf Männer und Frauen ergibt Tabelle 11:

	Männer	Frauen	insgesamt
Versorgungsverwaltung	17	5	22 (8 %)
Sozialgerichte	192	13	205 (74 %)
Landessozialgerichte	46	4	50 (18 %)
insgesamt	255	22	277 (100 %)

Tab. 11: Verteilung der Gutachten, die im Dreijahreszeitraum auf dem Gebiet der Kriegsopferversorgung erstattet wurden, nach Auftraggebern.

Es handelte sich bei den Männern in 92 % (225), bei den Frauen in 82 % (18) um Hauptgutachten. Die restlichen 8 % bzw. 18 % sind Zusatzgutachten für die verschiedenen medizinischen Disziplinen.

Gutachten nach Untersuchung fanden sich bei den Männern in 78 % (Frauen 87 %) und Gutachten nach Aktenlage in 22 % (Frauen 14 %). Ambulante Untersuchungen erfolgten bei den Männern in 32 % (Frauen 30 %) meist 1 - 2 Tage lang, stationär in 66 % (Frauen 65 %) vorwiegend 3 Tage lang und kombiniert ambulant und stationär in 3 % (Frauen 5 %).

Im Folgenden werden bei den Männern 43, bei den Frauen 1 Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten nicht mitberücksichtigt.

Für 199 Hauptgutachten zog man insgesamt 146 (Männer 132, Frauen 14) ergänzende Zusatzgutachten heran. Sie verteilten sich bei den Männern auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen in 33 % und im wesentlichen auf nachstehende Fachrichtungen:

Nervenheilkunde	19 %
Orthopädie	17 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15 %
Chirurgie	8 %
Augenheilkunde	5 %
Zahnheilkunde	2 %

In einem relativ hohen Prozentsatz (16 %) war bei den Männern eine Berufsbezeichnung nicht vermerkt. In je 28 % lagen industrielle und handwerkliche Berufe und Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege vor.(Abbildung 23).
Bei den Frauen fehlte in 43 % die Wiedergabe der Berufsbezeichnung. Der Rest verteilte sich auf Hausfrauen (29 %), Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege (19 %) und die Gruppe "Arbeiter" (9 %).

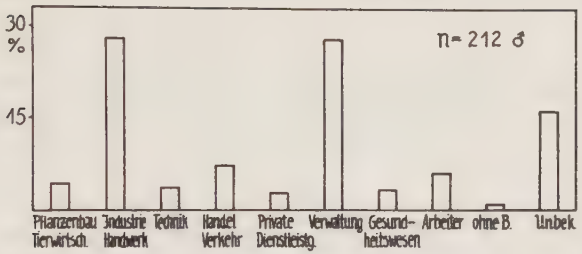

Abb. 23: Berufsverteilung bei 212 Männern, die im Rahmen der Kriegsopferversorgung begutachtet wurden. Abkürzungen s. Abb. 17

Abbildung 24 läßt erkennen, daß der Hauptanteil der Männer zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr stand. Im einzelnen fallen auf das fünfte Lebensjahrzehnt 41 %, auf das sechste 32 %.

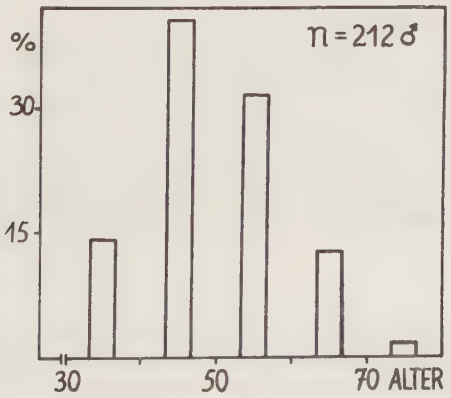

Abb. 24: Altersverteilung bei 212 Männern, die im Rahmen der Kriegsopferversorgung begutachtet wurden.

Die Frauen gehören im wesentlichen den jüngeren Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren an. Das mittlere Lebensalter der Männer lag bei 50, das der Frauen bei 42 Jahren.

Wehrdienstbeschädigungen wurden vom Gutachter in 41 % (86 Fällen) der Männer und 43 % (9) der Frauen festgestellt.

Als Folgen ärztlich diagnostizierter Wehrdienstbeschädigungen standen bei den Männern neben den Erkrankungen des Kreislaufsystems (31 %) die Störungen des Atemtraktes (23 %) im Vordergrund. Daneben fanden sich in 18 % Krankheiten der Verdauungsorgane und in 13 % Verwundungen und sonstige wehrdienstbedingte Gewalteinwirkungen (Abbildung 25).

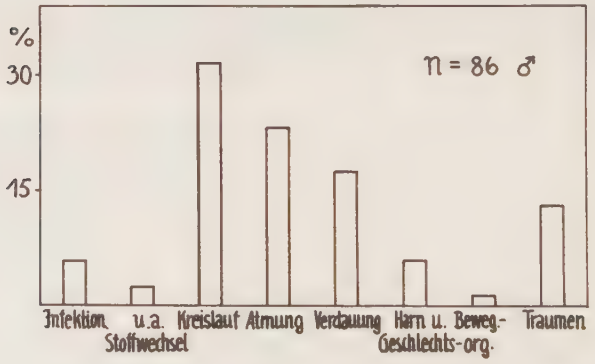

Abb. 25: Wehrdienstbeschädigungen bei 86 Männern, die fachintern als entschädigungspflichtig bezeichnet wurden.

Die Schädigungsfolgen wurden von ärztlicher Seite bei den Männern folgendermaßen beurteilt:

eine MdE von 25 - 49 v.H. in 52 %
" " " 50 - 89 v.H. " 41 % und
" " " 90 -100 v.H. " 7 %.

Bei den Frauen lag eine ärztlich geschätzte

MdE von 25 - 49 v.H. in 2 Fällen
" " 50 - 89 v.H. in 5 Fällen
" " 90 -100 v.H. in 2 Fällen vor.

Weiterhin wurde bei den Männern in 12 Fällen, bei den Frauen in einem Fall der Tod als Schädigungsfolge vom Gutachter angenommen. Als zum Tode führende verfolgungsbedingte Gesundheitsstörung stand in 9 von den 13 Fällen eine Erkrankung des Kreislaufsystems im Mittelpunkt.

D.) Begutachtung im Rahmen privater Versicherungen

Begutachtungen im Rahmen privater Versicherungen befaßten sich im wesentlichen mit Fragen aus den Gebieten der Unfall- und Haftpflichtversicherung. So wurden über Mitglieder privater Versicherungen im Dreijahreszeitraum insgesamt 74 Gutachten erstattet. 60 dieser Gutachten betreffen Fragen der privaten Unfallversicherung und 14 geltend gemachte Haftpflichtansprüche.

1.) Private Unfallversicherung

Das Versicherungsverhältnis ist freiwillig und entsteht durch Abschluß eines Vertrages, dessen integrierenden Bestandteil die "Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen" darstellen.

Versicherungsfähig sind alle gesunden Personen. Bestehen vor Versicherungsbeginn Folgen einer Krankheit oder Verletzung, kann die Annahme des Antrags davon abhängig gemacht werden, daß Zuschläge zum normalen Beitrag geleistet oder besondere Ausschlüsse eingesetzt werden.

Nichtversicherungsfähig sind Geisteskranke, Blinde und Personen, die von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen oder nach den Bemessungsgrundsätzen des § 8, Abs. II der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) mehr als 70 Prozent arbeitsunfähig sind.
Entsprechend den Einkommensverhältnissen können beliebige Summen versichert werden. Der Versicherte entrichtet Beiträge, die sich aus der Höhe der Versicherungssumme, der Gefahrengruppe seines Berufes und dem Gesundheitszustand berechnen.

Die private Unfallversicherung kommt für alle Unfälle, gleichgültig, wo sie sich ereigneten, auf. Neben Tod und Invalidität, d.h. dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, kann vorübergehende Arbeitsunfähigkeit versichert werden. Ebenso können Heilbehandlungskosten und Krankenhaustagegeld in die Versicherung eingeschlossen werden.
Der Unfallbegriff in der privaten Unfallversicherung ist in den allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen eindeutig festgelegt. Nach § 2, Abs. I AUB heißt es:

"Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet".

Als "Ereignis" sind nur Vorgänge anzusehen, die von außen auf den Körper des Versicherten einwirken (RAESTRUP). Plötzlichkeit beinhaltet nicht nur Schnelligkeit. Wesentliches Merkmal soll das Moment des Unerwarteten, nicht Voraussehbaren, Unentrinnbaren sein. Die Gesundheitsstörung muß in einer organischen Veränderung der körperlichen Unversehrtheit bestehen. Voraussetzung für den Unfall ist die Unfreiwilligkeit. Für diese Unfreiwilligkeit ist der Versicherte beweispflichtig (PERRET).

Unter Versicherungsschutz fallen ferner
nach § 2 (2) a) AUB

> "Durch plötzliche Kraftanstrengungen des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen" sowie

nach § 2 (2) b) AUB

> "Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne der Ziffer 1 in den Körper gelangt ist".

Im Falle der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch Unfallfolgen wird nach § 8, Abs. III (1) AUB Tagegeld ge-

zahlt, wobei das Tagegeld nicht vor Beginn der ärztlichen Behandlung, längstens bis zum Ende des ersten Unfalljahres, nach dem Grade der vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, bezogen speziell auf die versicherte Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Verletzten, gewährt wird.

Nach § 8, Abs. II (1) AUB muß eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb eines Jahres eingetreten sein. Der Versicherer zahlt bei Ganzinvalidität die volle für den Invaliditätsfall versicherte Summe, bei Teilinvalidität den dem Grad der Invalidität entsprechenden Teil gemäß den in § 8, Abs. II (2) AUB festgesetzten Bedingungen (PERRET).

Der Invaliditätsgrad bei chirurgischen Unfallfolgen bemißt sich nach rechtsverbindlichen und versicherungsvertraglich festgelegten Rentensätzen, die als sogenannte Gliedertaxe vorliegen.

Verlust und Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Gliedmaßen z.B. gestatten ein Zusammenzählen der einzelnen Hundertsätze, die jedoch in ihrer Gesamtheit 100 % nicht übersteigen dürfen. Vorbestandene Schädigungen sind entsprechend prozentual in Abzug zu bringen.
Für die nicht in der Gliedertaxe erfaßten, d.h. die Mehrzahl der internen Verletzungsfolgen, muß die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit individuell im Hinblick auf die Tätigkeit gutachtlich bestimmt werden.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Unfallversicherung werden Schäden bis herunter zu 1 % und weniger entschädigt (FEDERHEN).

Für die Invalidität nach § 8, Abs. II (2) und § 8, Abs. II (5) AUB hat sich der Terminus Dauerschaden eingebürgert. Der Dauerschaden umfaßt nur, was sich längstens 3 Jahre nach dem Unfall feststellen läßt. Für alle möglichen und wahrscheinlichen Verschlechterungen, Komplikationen etc., die sich nach dieser Zeit ergeben, besteht keine Entschädigungspflicht mehr.

Der Arzt, der zur Begutachtung in der privaten Unfallversicherung herangezogen wird, hat sich im wesentlichen zur Frage der Unfallfolgen, der dauernden bzw. vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu äußern und den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, bzw. den Grad der Invalidität zu bemessen.

Die Verteilung der Gutachten auf die Versicherungsträger, den 1. und 2. Rechtszug sowie auf Männer und Frauen zeigt Tabelle 12:

	Männer	Frauen	insgesamt
Versicherungsträger	37	12	49
1. Landgerichte	9	1	10
2. Oberlandesgerichte	1	-	1
insgesamt	47	13	60

Tab. 12: Verteilung der Gutachten, die im Dreijahreszeitraum auf dem Gebiet der privaten Unfallversicherung erstattet wurden, nach Auftraggebern.

Bei den Männern handelte es sich in 70 % (33), bei den Frauen in 92 % (12) um Hauptgutachten. Die restlichen 30 % bzw. 8 % waren Gutachten für andere medizinische Fachrichtungen.
Die Begutachtungen erfolgten bei den Männern in 96 % (Frauen 92 %) nach Untersuchung und in 4 % (Frauen 8 %) nach Aktenlage. Ambulant untersucht wurden die Männer in 82 % (Frauen 75 %) meist einen Tag lang, stationär in 16 % (Frauen 25 %) vorwiegend 3 Tage lang und kombiniert ambulant und stationär in 2 %.

Im Folgenden bleiben bei den Männern 2 Gutachten nach Aktenlage in Hinterbliebenenangelegenheiten unberücksichtigt.

Für 43 Hauptgutachten wurden insgesamt 44 (Männer 36, Frauen 8) ergänzende Zusatz-Gutachten herangezogen. Sie betrafen bei den Männern Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen in 23 % und daneben im wesentlichen folgende Fachgebiete:

Nervenheilkunde	14 %
Orthopädie	14 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11 %
Augenheilkunde	11 %
Chirurgie	8 %

Die Auswertung nach den Berufen ergab bei den Männern in der Hauptsache das Vorliegen folgender Berufsgruppen:

Industrielle und handwerkliche Berufe	in 27 %
Handels- und Verkehrsberufe	in 22 %
Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege	in 18 %
Technische Berufe	in 14 %

Bei den Frauen fanden sich mit 77 % vorwiegend Berufe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung vor, wobei 46 % alleine auf "Hausfrauen" entfielen.

Die Abbildung 26 zeigt, daß bereits 20 % der Begutachteten der Altersgruppe zwischen dem 20. - 30. Lebensjahr angehörten. Mit 31 % lag der Gipfel bei den 50 - 60-jährigen (Abbildung 26).

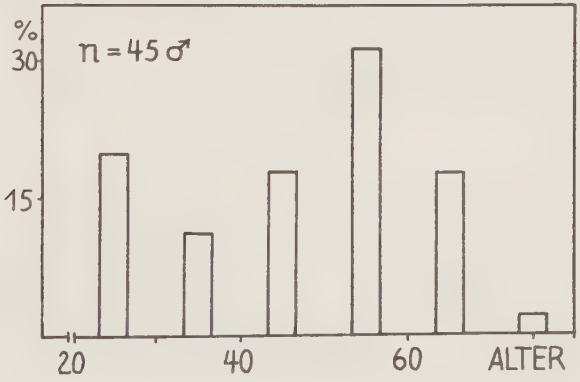

Abb. 26: Altersverteilung bei 45 Männern, die im Dreijahreszeitraum im Rahmen privater Unfallversicherungen begutachtet wurden.

Bei den Frauen stand der Hauptteil mit 42 % im 6. Lebensjahrzehnt. Das mittlere Alter betrug bei Männern und Frauen 47 Jahre.

Unfallfolgen wurden von fachinterner Seite bei den Männern in 47 % (21 Fälle) festgestellt. Im wesentlichen führten in je 32 % (6 Fälle) Erkrankungen des Kreislaufsystems und Folgezustände von Gewalteinwirkungen besonders im Bereich des Thorax und Abdomens zu meßbaren Gesundheitsschädigungen.

Ferner bejahte der ärztliche Gutachter bei den Männern in einem Fall den Tod als Unfallfolge. Es handelte sich hierbei um einen tödlich verlaufenen Herzinfarkt.
Bei den Frauen wurden in 5 Fällen Unfallfolgen angenommen.
Die Beurteilung der unfallbedingten Gesundheitsstörungen ergab bei den Männern eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von

1 % - 49 % in 18 Fällen
50 % -100 % in 3 Fällen.

Bei den Frauen lag eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von:

1 % - 49 % in 4 Fällen
50% -100 % in 1 Fall vor

2.) Haftpflichtversicherung

Das Versicherungsverhältnis entsteht entweder freiwillig oder kraft Gesetzes, wie z.B. für Kraftfahrzeughalter oder Luftverkehrsunternehmer, durch Abschluß eines Vertrages.

Die Haftpflichtversicherung beruht auf der Verpflichtung des Einzelnen zum Schadenersatz. § 823 BGB enthält die grundlegende Bestimmung der Verschuldenshaftung.

"Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet".

Nach § 249 BGB hat der Haftpflichtige den Schaden grundsätzlich in vollem Umfange und unbegrenzt zu ersetzen. Er ist weiterhin verpflichtet zum Schadenersatz, wenn durch das Schadenereignis Nachteile für den Erwerb und das Fort-

kommen entstehen (§ 842 BGB). Die Gewährung einer Rente soll nach § 843 BGB die Regel bilden.
Außer den Ansprüchen des Verletzten wegen des erlittenen materiellen Schadens besteht Anspruch auf Schmerzensgeld (§ 847 BGB). Es soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind und zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, daß der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung schuldet für das, was er ihm angetan hat.

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB) regelt sich der Gegenstand der Versicherung nach § 1 AHB wie folgt:

"Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, daß er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Ereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird" (SCHWAIGER).

Bei zivilrechtlichen Auseinandersetzungen zwischen Verletzten und Schädigern, für die die Haftpflichtversicherungsgesellschaft eintreten muß, kommt es auf die Klärung der Frage an, ob eine nach einem Unfall aufgetretene Gesundheitsstörung als Körper- oder Gesundheitsschaden im Sinne der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches anzusehen ist und ob der Unfall als adäquate Ursache dieser Gesundheitsstörung anzusprechen ist. Der Schädiger und damit die Haftpflichtversicherung haftet nach der im bürgerlichen Recht geltenden Adäquanztheorie nur für denjenigen Schaden, für den sein Handeln adäquate Ursache war, d.h. nur für diejenigen von ihm gesetzten Bedingungen im logischen Sinne, die dem Erfolg adäquat sind. Als adäquat sind nur solche Erfolgsbedingungen anzusehen, die die Möglichkeit eines Erfolges generell erhöht haben. Es wird von haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität gesprochen. Bei der haftungsbegründenden Kausalität haftet der Schädiger für diejenigen von ihm verursachten Rechtsverletzungen, die er verschuldet hat. Bei der haftungsausfüllenden Kausalität haftet der Schädiger für weitere sich nach dem Ersttrauma entwickelnde Schadenfolgen, auch wenn er sie nicht verschuldet hat. Sein Verhalten muß jedoch ursächlich für diese weiteren Folgen gewesen sein (RAESTRUP). Den Nachweis der Kausalität hat im Zivilprozeß der Geschädigte zu erbringen.

Die Beiziehung von ärztlichen Sachverständigen in Haftpflichtangelegenheiten erfolgt im wesentlichen zur Klärung der Ursache, der Art, des Umfanges und der mutmaßlichen Folgen einer Verletzung.

Insgesamt 14 Gutachtenaufträge wurden im Dreijahreszeitraum auf dem Gebiet der Haftpflichtversicherung bearbeitet.
Sie verteilten sich auf die Versicherungsträger, den 1. und 2. Rechtszug wie folgt:

	Männer	Frauen	insgesamt
Versicherungsträger	1	2	3
1. Landgerichte	7	3	10
2. Oberlandesgerichte	1	-	1
insgesamt	9	5	14

Tab. 13: Verteilung der Gutachten, die im Dreijahreszeitraum auf dem Gebiet der Haftpflichtversicherung erstattet wurden, nach Auftraggebern.

Es handelte sich bei den Männern 8mal um Hauptgutachten (Frauen 4mal) und 1mal (Frauen 1mal) um Zusatzgutachten für andere medizinische Fachgebiete.

Gutachten nach Untersuchung fanden sich bei den Männern in 6 (Frauen 3), nach Aktenlage in 3 (Frauen 2) Fällen. Die Untersuchungen erfolgten in 3 (Frauen 2) Fällen ambulant und in 3 (Frauen 1) Fällen stationär.

Im Rahmen der 8 Hauptgutachten wurden insgesamt 4 (Männer 2, Frauen 2) ergänzende Zusatzgutachten angefertigt.

Haftpflichtansprüche wurden bei Männern und Frauen in je einem Fall vom Gutachter anerkannt, und zwar wegen Leidensverschlimmerung infolge intraarterieller Sauerstoffeinblasung bei Thrombophlebitis in einem Fall, im anderen Fall wegen den Folgen eines Gehirnschlages während der Benutzung einer Klimakammer.

E.) Begutachtung im Rahmen des Beamtenrechts

Das Beamtenrecht wird einmal im Bundesbeamtengesetz (BBG), im übrigen durch Landesgesetze geregelt. Ein zur Vereinheitlichung des Beamtenrechts erlassenes Gesetz enthält besondere Rahmenvorschriften zur Angleichung der Landesgesetzgebung an das Bundesbeamtengesetz. Die ärztlichen Aufgaben, sowie deren Art und Umfang bei der Durchführung beamtenrechtlicher Vorschriften beruhen auf den Paragraphen des Bundesbeamtengesetzes.

In § 8 BBG wird u.a. davon gesprochen, daß die Auswahl der Bewerber nach "Eignung" vorzunehmen sei. Als"Eignung" ist die"körperliche und geistige Eignung" besonders bei Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit anzusehen.

Mit der Übernahme des Bewerbers bzw. Beamtenanwärters in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit übernimmt die Behörde als Dienstherr die Fürsorge und Versorgung des Beamten. Sie ist also nicht nur an seiner gegenwärtigen Dienstfähigkeit interessiert, sondern insbesondere auch daran, daß der körperliche und geistige Zustand des Anwärters eine vorzeitig eintretende Dienstunfähigkeit nicht in den Bereich der Möglichkeit stellt. Eine gewisse Sicherheit vor Übernahme der Leistungspflicht bei vorzeitigem Eintritt der Dienstunfähigkeit bietet der § 106, Abs. 1, Nr. 1 BBG, nach dem ein Ruhegeld nur dann gewährt wird, wenn der Beamte eine Dienstzeit von mindestens 10 Jahren abgeleistet hat oder infolge Krankheit, Verwundung oder sonstiger Beschädigung, die er sich ohne grobes Verschulden bei Ausübung oder aus Veranlassung seines Dienstes zugezogen hat, dienstunfähig geworden ist.

Die Untersuchung des Bewerbers erstreckt sich einmal auf die gegenwärtige Dienstfähigkeit, zum anderen auf die zukünftige körperliche und geistige Gesamtsituation, um den Dienstherrn vor einer vorzeitigen, jedoch vermeidbar gewesenen Inanspruchnahme seiner Leistungspflicht zu schützen.

Eine vorzeitige Versetzung in den Ruhestand hat nach § 42 BBG zu erfolgen, wenn der Beamte infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte zur Erfüllung der Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) ist.

Dienstunfähigkeit ist ein Begriff, der sich ausschließlich auf Beamte bezieht. Er bezeichnet einen Dauerzustand, d.h. eine Besserung darf in absehbarer Zeit nicht in Aussicht stehen. Besteht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit, so ist eine Erkrankung anzunehmen. Die "Unfallfürsorge" der Beamten regelt sich in den Paragraphen 134 - 151 BBG. Nach § 135, Abs. 1, ist ein Dienstunfall ein auf äußere Einwirkungen beruhendes plötzliches, ört-

lich und zeitlich bestimmbares, einen Körperschaden verursachendes Ereignis, das infolge Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten ist.

Eine jede mechanische oder chemische Einwirkung, ebenso eine im Dienst zugezogene Infektionskrankheit im Sinne des Bundesseuchengesetzes erfüllt das Merkmal des Dienstunfalles.

Für die Beurteilung des Ursachenzusammenhanges zwischen Dienstunfall und Körperschaden gilt die "adäquate Kausalkonnex-Theorie" (FEDERHEN). Ein adäquater, ursächlicher Zusammenhang zwischen Ereignis und Körperschaden ist zu verneinen, wenn der Körperschaden nur unter ganz besonders eigenartigen und ganz unwahrscheinlichen Umständen zur Herbeiführung des Schadens geeignet war (OVGer. Münster v. 22. 3. 57).

Nach § 135, Abs. 3, BBG gilt eine Erkrankung an bestimmten übertragbaren Krankheiten nur dann als Dienstunfall, wenn die Ansteckung mit den Krankheitserregern zu einem bestimmten Zeitpunkt oder doch innerhalb eines bestimmten und nicht zu lange bemessenen Zeitraumes in Ausübung des Dienstes stattfand. Für die Beweislastregelung gilt die Vermutung für die erfolgte Ansteckung (FEDERHEN).

Der als Gutachter tätige Arzt hat sich im Rahmen des Beamtenrechts im wesentlichen über Eignung, Dienstfähigkeit bzw. Dienstunfähigkeit zu äußern und zur Frage des Kausalzusammenhanges Stellung zu nehmen.

Im Rahmen des Beamtenrechts wurden in den drei Jahren insgesamt 54 Begutachtungen durchgeführt. Den Anteil der Gutachten am Verwaltungsverfahren und dem 1. Rechtszug, zeigt folgende Übersicht:

	Männer	Frauen	Anzahl d. Gutachten
Verwaltungsverfahren	42	6	48
Verwaltungsgerichte	6	-	6
insgesamt	48	6	54

Bei den Männern lagen 41 Haupt- und 7 Zusatzgutachten für verschiedene medizinische Fachgebiete vor. Bei den Frauen waren alle 6 Gutachten Hauptgutachten. Die Begutachtungen erfolgten bei Männern und Frauen nach klinisch

ambulanter und stationärer Untersuchung. Die Männer wurden in 69 % meist 2 Tage lang ambulant und in 25 % 2 Tage lang stationär durchuntersucht. Für die vorliegenden 47 Hauptgutachten wurden insgesamt 32 (Männer 24, Frauen 8) Zusatzgutachten herangezogen. Es fanden sich bei den Männern in 29 % Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen und in 33 % augenärztliche Untersuchungen vor.

Die Aufschlüsselung nach den Berufen zeigte, daß bei den Männern vorwiegend Beamte der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege, bei den Frauen Beamtinnen des Gesundheitswesens, Geistes- und Kunstlebens begutachtet wurden.

Das Säulendiagramm veranschaulicht die Verteilung der Begutachteten auf alle Altersgruppen zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr mit einem Häufigkeitsgipfel bei den 40 - 50-jährigen mit 31 % (Abbildung 27).

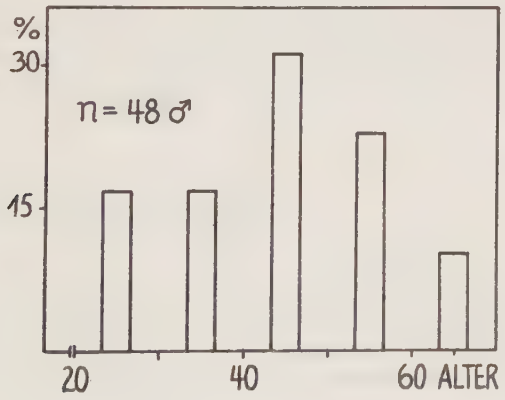

Abb. 27: Altersverteilung der im Rahmen der Beamtengesetzgebung begutachteten 48 Männer

Die Beurteilung durch den Gutachter ergab, daß bei den Männern nur in 3 Fällen Dienstunfähigkeit und in 1 Fall Dienstuntauglichkeit festgestellt sowie in 8 Fällen Heilverfahren für notwendig befunden wurden. In der Hälfte der Fälle führten Erkrankungen des Kreislaufsystems zu dieser ärztlichen Beurteilung.

IV.) BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Gutachtertätigkeit fordert vom Arzt "gewissermaßen die Konjunktion allgemeiner Begriffe der Heilkunde mit allgemeinen Begriffen des Rechts" (PROBST). Gutachtertätigkeit gewährt andererseits Zugang zu wesentlichen sozial- und arbeitsmedizinischen Fragestellungen.
Außer in dem statistischen Material der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten ließen sich in der neueren Literatur vergleichbare Untersuchungen zur klinisch-internistischen Begutachtung nicht auffinden. Lediglich aus der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen liegen Angaben über die Zugehörigkeit von 280 im Zeitraum eines halben Jahres erstatteten Gutachten zu den verschiedenen Sparten im System der sozialen Sicherung vor (BOCK).

Die der Analyse unterzogenen 2.465 Gutachten der Medizinischen Universitäts-Klinik Köln aus den Jahren 1961 - 1963 verteilen sich auf die verschiedenen Bereiche im System der sozialen Sicherung gemäß Tabelle 14:

	Männer	Frauen	insgesamt
Sozialversicherung	1142 (70 %)	500	1642 (67 %)
Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung	253 (61 %)	165	418 (17 %)
Kriegsopferversorgung	255 (92 %)	22	277 (11 %)
Privatversicherung	56 (76 %)	18	74 (3 %)
Beamten	48 (89 %)	6	54 (2 %)
insgesamt	1 754 (71 %)	711	2465 (100%)

Tab. 14: Verteilung der Gutachten des Dreijahreszeitraums auf die verschiedenen Bereiche im System der sozialen Sicherung.

Übereinstimmend mit den Angaben von BOCK zeigte sich, daß für den an einer Medizinischen Universitäts-Klinik tätigen Gutachter den Begutachtungen im Rahmen der Sozialversicherung - d.h. der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung - mit 67 % überragende Bedeutung zukommt. Begutachtungen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes und des Bundesversorgungsgesetzes folgten mit 17 bzw. 11 %. Gutachten für Privatversicherungen und aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften fanden sich immerhin in 3 bzw. 2 %.

Ferner läßt die Tabelle erkennen, daß mehr als 2/3 der begutachteten Personen Männer waren. Ihr Anteil betrug jedoch minimal 61 % in Entschädigungs- und maximal 92 % in Versorgungsangelegenheiten.

Die Aufschlüsselung nach Auftraggebern zeigte, daß der Hauptanteil der Gutachten mit 60 % auf der Ebene von Verwaltungsbehörden, in einem relativ hohen Anteil von 35 % auf der Ebene von Sozialgerichten bzw. Landgerichten und in 5 % auf der von Landessozialgerichten bzw. Oberlandesgerichten bearbeitet wurde:

Verwaltungsbehörde	1. Rechtszug	2. Rechtszug	insgesamt
1.483	862	120	2.465

Speziell in Wiedergutmachungs- und Versorgungsangelegenheiten traten die Gerichte in 1. Instanz als Hauptauftraggeber auf. In dem hohen Prozentsatz von 93 % handelte es sich um Hauptgutachten, in nur 7 % um Zusatzgutachten für andere medizinische Fachrichtungen:

Hauptgutachten	Zusatzgutachten	Gutachten insgesamt
2.292	173	2.465

Die Begutachtungen erfolgten in 90 % nach Untersuchung und in 10 % nach Aktenlage . Über die Hälfte dieser Aktengutachten nahmen allein zu Fragen in Wiedergutmachungsangelegenheiten Stellung:

Gutachten nach Untersuchung: 2.209
Gutachten nach Aktenlage: 256
Gutachten insgesamt: 2.465

Die Untersuchungen fanden in 62 % ambulant meist 1 - 2 Tage lang, in 35 % stationär meist 2 - 4 Tage lang und in 3 % kombiniert ambulant und stationär statt:

Gutachten nach:

ambulanter Untersuchung: 1.365
stationärer Untersuchung: 771
ambulanter und
stationärer Untersuchung: 73
Gutachten insgesamt: 2.209

Für die 2.292 Hauptgutachten wurden insgesamt 1.547 ergänzende Zusatzgutachten (1.108 für Männer, 439 für Frauen) herangezogen. Der Hauptanteil entfiel mit 36 % auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen. Weiterhin lagen in 19 % neurologische, in 15 % orthopädische und in je 9 % hals-nasen-ohrenärztliche bzw. augenärztliche Untersuchungen vor (Tabelle 15).

	Männer	Frauen	insgesamt	
Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen	503	45	548 +)	(36 %)
Neurologie	175	112	287	(19 %)
Orthopädie	143	87	230	(15 %)
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	97	40	137	(9 %)
Augenheilkunde	93	44	137	(9 %)
Chirurgie	60	22	82	(5 %)
Dermatologie	21	9	30	(2 %)
Frauenheilkunde	-	78	78	(5 %)
	1108	439	1547	(100%)

Tab. 15: Verteilung der ergänzenden Zusatzgutachten auf Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen und die verschiedenen medizinischen Fachgebiete.

+) Daneben wurden im Dreijahreszeitraum weitere 1180 Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen, und zwar in der Mehrzahl als reine Funktionszusatzgutachten für ärztliche Auftraggeber aus Klinik und Praxis erstattet.

Die Ziffern lassen erkennen, daß in zahlreichen Fragen der Versicherungsmedizin die Grenzen eines Fachgebietes überschritten wurden und somit eine Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Disziplinen herbeigeführt wurde.

Es kann gezeigt werden, daß zur Begutachtung der Männer im Bereich der Sozialversicherung, speziell der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Kriegsopferfürsorge in erster Linie Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen, im Bereich der Entschädigung der Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung dagegen besonders neurologische Zusatzbegutachtungen erforderlich waren (Abb. 28).

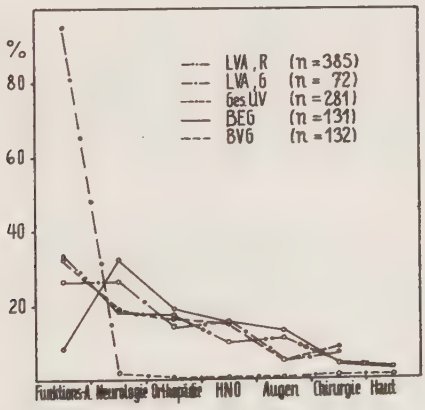

Abb. 28: Verteilung der ergänzenden Zusatzgutachten auf die einzelnen Bereiche im System der sozialen Sicherung bei Männern.
Erklärung der Abkürzungen:

LVA, R = Landesversicherungsanstalt, vorzeitige Rentengewährung
LVA, G = Landesversicherungsanstalt, Gesundheitsmaßnahmen
ges. UV = Gesetzliche Unfallversicherung
BEG = Bundesentschädigungsgesetz
BVG = Bundesversorgungsgesetz

Weiterhin wurde ersichtlich, daß bei den Frauen zur Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung vor allem orthopädische, gynäkologische und neurologische Zusatzgutachten in annähernd gleich großem Anteil, im Rahmen der Entschädigung Verfolgter hauptsächlich neurologische Zusatzgutachten ergänzend eingeholt wurden (Abbildung 29).

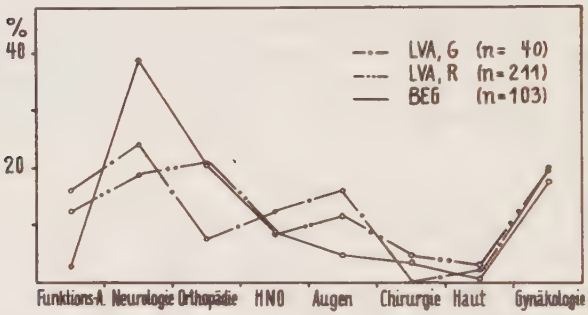

Abb. 29: Verteilung der ergänzenden Zusatzgutachten zu Fragen der Arbeiterrentenversicherung und Entschädigung Verfolgter.
Erklärung der Abkürzungen: s. Legende zu Abb. 28

Die Auswertung der Unterlagen im Hinblick auf den Beruf ergab bei 1.673 klinisch begutachteten Männern in 43 % industrielle und handwerkliche Berufe. Entsprechend fanden sich bei 710 Frauen in 40 % die Berufsgruppe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung, die rund 1/4 Hausfrauen beinhaltet.

In je 17 % fanden sich bei Männern und Frauen weder genauere Angaben zur Berufsbezeichnung "Arbeiter", noch die erforderliche Arbeitsanamnese.

In 12 % wurde bei den Männern, in 16 % bei den Frauen ein Beruf im Gutachten nicht angegeben!

Die klinisch begutachteten 2.383 Personen gehörten mit 44 % der Altersgruppe der 50 - 59-jährigen an. Etwa je 20 % entfielen auf das 5. und 7., 10 % auf das 4. Lebensjahrzehnt und weniger als 10 % verteilten sich auf die restlichen Altersgruppen.

Altersgruppe	Männer	Frauen	insgesamt
14 - 19	4	7	11
20 - 29	67	26	93
30 - 39	170	96	266
40 - 49	335	156	491
50 - 59	734	324	1058
60 - 69	333	87	420
70 - 79	27	13	40
80 - 89	3	1	4

Tab. 16: Altersverteilung der begutachteten Personen.

Auch in den Teilbereichen des Systems der sozialen Sicherung findet sich bei Männern und Frauen der Altersgipfel bei den 50 - 59-jährigen. Eine Ausnahme bildeten die im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes begutachteten Männer, deren Hauptanteil im 5. Lebensjahrzehnt stand (Abb. 30).

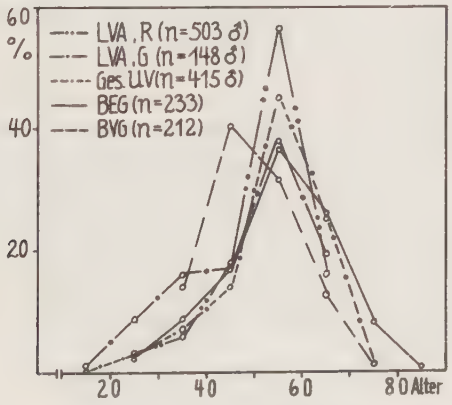

Abb. 30: Altersverteilung der klinisch begutachteten Männer in den einzelnen Bereichen des Systems der sozialen Sicherung.
Erklärung der Abkürzungen: s. Legende zu Abb. 28

Bei der Altersverteilung der Frauen ist auf den Doppelgipfel der Begutachtungen zu Fragen von Gesundheitsmaßnahmen in der Arbeiterrentenversicherung hinzuweisen (Abbildung 31).

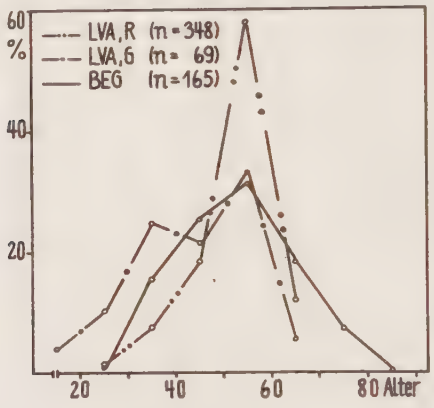

Abb. 31: Altersverteilung der klinisch begutachteten Frauen zu Fragen der Arbeiterrentenversicherung und der Entschädigung Verfolgter

Von 2.383 Gutachten nach Untersuchung und nach Aktenlage über lebende Personen wurden in 53 % eine leistungsbegründende Erkrankung festgestellt. Die Verteilung der Gutachten mit leistungsbegründender Erkrankung oder Störung auf die einzelnen Bereiche im System der sozialen Sicherung gibt Abbildung 32 wieder. Der Vollständigkeit halber sind dabei sämtliche im Gutachtenmaterial vertretene Sparten unabhängig von ihrer Besetzungszahl mitberücksichtigt.

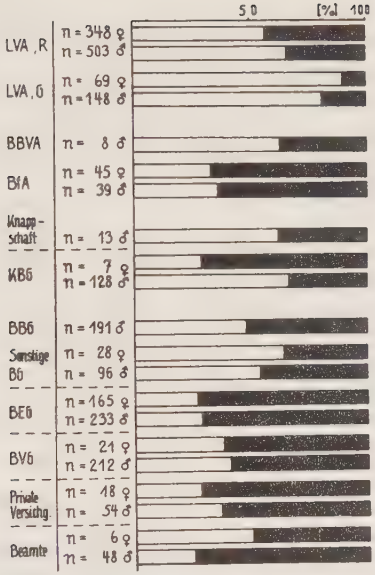

Abb. 32: Verteilung der gutachtlich angenommenen leistungsbegründenden Erkrankungen auf die Bereiche im System der sozialen Sicherung bei lebenden Männern und Frauen.
Weißer Säulenanteil: Gutachten mit leistungsbegründender Erkrankung
Schwarzer Säulenanteil: "abgelehnt"

Erklärung der Abkürzungen:

LVA, R = Landesversicherungsanstalt, vorzeitige Rentengewährung
LVA, G = Landesversicherungsanstalt, Gesundheitsmaßnahmen
BBVA = Bundesbahnversicherungsanstalt
BfA = Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
KBG = Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie
BBG = Bergbau-Berufsgenossenschaft
BG = Berufsgenossenschaft
BEG = Bundesentschädigungsgesetz
BVG = Bundesversorgungsgesetz
Private Versichg = Private Versicherungen

Von insgesamt 82 Gutachten in Hinterbliebenenangelegenheiten stimmte der ärztliche Gutachter in 24 % der Frage nach dem Kausalzusammenhang zu.
Inwieweit aus der Ablehnungsrate Rückschlüsse auf die "soziale Krankheit als Problem des Versorgungsstaates" im Sinne Weizsäckers zulässig sind, muß in diesem Zusammenhang offen bleiben.

Einen Überblick über die Ursachen, die zur ärztlichen Befürwortung von Ansprüchen bzw. des ursächlichen Zusammenhangs in den zahlenmäßig am stärksten vertretenen Bereichen im System der sozialen Sicherung führten, ergeben die Abbildungen 33 und 34.

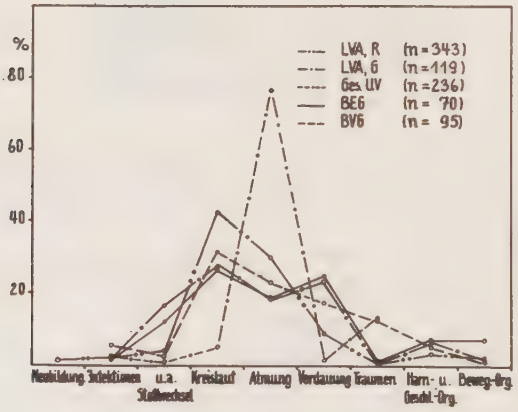

Abb. 33: Ursachen ärztlich befürworteter Ansprüche in verschiedenen Bereichen im System der sozialen Sicherung bei Männern.
Abkürzungen vgl. Abbildung 32

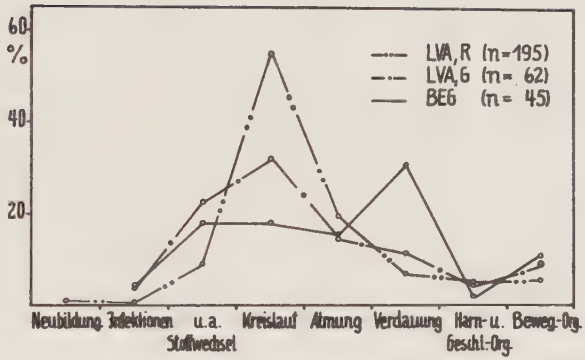

Abb. 34: Ursachen ärztlich befürworteter Ansprüche in verschiedenen Bereichen im System der sozialen Sicherung bei Frauen.
Abkürzungen vgl. Abbildung 32

Herausragt das häufige Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen in den einzelnen Bereichen mit Ausnahme dem der gesetzlichen Unfallversicherung bei Männern. Hier sind die beruflich bedingten Erkrankungen des Atemtraktes Hauptursache ärztlich befürworteter Leistungsansprüche. Bei den Frauen überwiegen im Bereich der Entschädigungsverfahren auffallend Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Anträge auf vorzeitige Berentung wurden in den im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter vorgenommenen Begutachtungen bei den Männern in 68 %, bei den Frauen in 56 % von ärztlicher Seite bejaht (Abb. 32). Davon stellte der Arzt in 56 % bei den Männern und 70 % bei den Frauen Berufsunfähigkeit und bei den Männern in

dem hohen Anteil von 44 %, bei den Frauen dagegen in 30 % Erwerbsunfähigkeit fest.

Der Hauptanteil der berufs- und erwerbsunfähigen Arbeiter beiderlei Geschlechts befand sich in jeweils rund 56 % im 6. Lebensjahrzehnt. Bei den Frauen entfielen bereits 5 % der Erwerbsunfähigen auf 30 - 40-jährige. Hauptursache der vorzeitigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit waren bei den Männern in 42 %, bei den Frauen sogar in 55 % Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Es folgten bei den Männern mit 31 %, bei den Frauen mit 17 % die Erkrankungen des Atemtraktes. Zum Vergleich herangezogene Zahlen aus der Statistik der deutschen Rentenversicherungsträger der Arbeiter und Angestellten der Jahrgänge 1961 - 1963 in Band 19 zeigen, daß vorzeitige Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit generell in 36 % der Männer und 45 % der Frauen wegen Herz-Kreislauferkrankungen, in 12 % der Männer und 3 % der Frauen wegen Erkrankungen des Atemtraktes erfolgte. Übereinstimmend weisen auch KOELSCH (1963) und KINKEL (1967) auf den dominierenden Anteil der Herz- und Kreislauferkrankungen an der sogenannten Frühinvalidität hin.
Ebenso hat SCHAEFER (1967) die hohe Inzidenz von Arteriosklerose, Infarkt, Angina pectoris und sonstigen Herzkrankheiten, ferner von Grippe und Bronchitis sowie Infekten der oberen Luftwege als Invalidisierungsursache unterstrichen.

Bei einem Vergleich der Invalidisierungs-, Mortalitäts- und Morbiditätsursachen fand SCHAEFER, daß sie in ihren Häufigkeitsspektren nicht von denselben Krankheiten beherrscht wurden. Er kam zu dem Schluß, daß "man an Krankheiten stirbt, an denen man nicht krank ist, und daß man an solchen krank ist, an denen man nicht stirbt". Als bedeutsam jedoch erwies sich diesem Autor die Übereinstimmung zwischen Mortalität und Invalidität bei der Arteriosklerose und ihren Folgekrankheiten, die bei den

eigenen Untersuchungen unter die Gruppe der Herz- Kreislauferkrankungen fallen. Insgesamt ergab sich, daß die häufigsten Invalidisierungsursachen intern-medizinisch zwar gut diagnostizierbar, letztlich unheilbar, dafür aber-wenigstens zu einem wesentlichen Teil - verhütbar sind.
Präventive Heilmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter wurden in 81 % der Männer und 90 % der Frauen vom ärztlichen Gutachter empfohlen (vgl. Abbildung 32). Zu dieser Beurteilung führten bei den Männern in 28 %, bei den Frauen in 32 % Herz- und Kreislauferkrankungen. Erkrankungen der Verdauungsorgane lagen bei den Männern in 23 % und die die vegetative Dystonie enthaltene Diagnosegruppe bei den Frauen ebenfalls in 23 % ursächlich zugrunde (vgl. Abbildung 33 und 34).

Herangezogene Vergleichszahlen aus der Statistik der deutschen Rentenversicherungsträger, z.B. für die Jahrgänge 1961/62, ergeben folgendes Bild: abgeschlossene stationäre Heilbehandlungen erfolgten wegen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei den Männern in 25 %, bei den Frauen in 22 %. Erkrankungen der Verdauungsorgane führten bei den Männern in 15 % und die u.a. Stoffwechselerkrankungen und vegetative Dystonie enthaltende Diagnosegruppe bei den Frauen in 22 % zur stationären Heilbehandlung.

Die nach Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführten Gutachten über Männer wiesen zu 54 % leistungsbegründende Erkrankungen auf. Im einzelnen traf diese Feststellung für 197 Versicherte der Bergbau-Berufsgenossenschaft und 100 Versicherte sonstiger Unfallversicherungsträger in jeweils etwa 50 % zu. Bei 134 Versicherten der keramischen und Glas-Industrie lag dieser Sachverhalt sogar in 70 % vor (vgl. Abb. 32).

Als leistungsbegründende Erkrankung fand sich bei Versicherten der Bergbau-Berufsgenossenschaft in 9/10 eine

Berufskrankheit nach Ziffer 34 der 6. BKVO, bei Versicherten der keramischen und Glas-Industrie zu 2/3 eine Erkrankung an Silikose und zu 1/3 eine Erkrankung an Silikotuberkulose. Bei Versicherten sonstiger Berufsgenossenschaften ergaben sich in 40 % Folgezustände nach Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen und in 25 % Erkrankungen des Herz und Kreislaufsystems.

Eine geschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zwischen 20 und 50 % im Falle eines Folgezustandes einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalles fand sich in mehr als der Hälfte der Männer bei Versicherten der Bergbau-Berufsgenossenschaft und sonstiger Unfallversicherungsträger. Bei Versicherten der keramischen und Glas-Industrie verteilten sich die Fälle ungefähr zu jeweils einem Drittel auf eine geschätzte MdE von 20 - 49 v.H., 50 - 79 v.H. und 80 - 100 v.H.

Eine Wehrdienstbeschädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes wurde zu 41 % festgestellt. Ursächlich dafür waren Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems in 31 %, des Atemtraktes in 23 % und des Verdauungstraktes in 17 % (vgl. Abbildung 33).

Die Folgezustände der Schädigungen wurden von ärztlicher Seite folgendermaßen beurteilt:

eine Minderung der Erwerbsfähigkeit

von 25 - 49 v.H. ergab sich in 52 %
von 50 - 89 v.H. " " " 41 %
von 90 -100 v.H. " " " 7 %

Von insgesamt 44 Hinterbliebenenangelegenheiten kam es in 13 Fällen zur Bejahung des Kausalzusammenhanges.

Begutachtungen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes führten in 29 % bei den Männern und in 26 % bei den Frauen

zur Bejahung leistungsbegründender Erkrankungen (vgl. Abbildung 32).
Als verfolgungsbedingte Gesundheitsstörungen wurden bei den Männern vorwiegend in je 25 % Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und der Verdauungs- sowie in 19 % der Atmungsorgane festgestellt (vgl. Abbildung 33). Bei den Frauen dagegen fanden sich zu 31 % in erster Linie Krankheiten der Verdauungsorgane, ferner in je 18 % Herz-Kreislauferkrankungen und die unter der Gruppe u.a. Stoffwechselleiden zusammengefaßten Erkrankungen. An der letztgenannten Stelle war es die vegetative Dystonie, die zahlenmäßig ins Gewicht fiel (vgl. Abbildung 34).
Es ergibt sich hieraus die Frage, ob die Zahlen über Störungen im Bereich der Verdauungsorgane, die besonders häufig bei Frauen, aber auch bei Männern in Erscheinung treten, auf einen ursächlichen Zusammenhang hinweisen können.
Die verfolgungsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit bewegte sich in rund 80 % bei den Männern und Frauen zwischen 25 und 49 %.

Auch in Begutachtungen auf dem Gebiet der knappschaftlichen Rentenversicherung, der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten und in Gutachten für private Versicherungen und solchen nach beamtenrechtlichen Vorschriften stellten hinsichtlich der Ursache die Herz-Kreislauferkrankungen den dominierenden Anteil der leistungsbegründenden Krankheiten.
Insgesamt ergab die Auswertung nach medizinischen Hauptvoraussetzungen eines Leistungsanspruches in annähernd jeweils 33 % das Vorliegen von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Atemtraktes. Relativ häufig (11 %) führten ferner Erkrankungen der Verdauungsorgane, aber in weniger als jeweils 10 % die übrigen Diagnosegruppen zu ärztlich befürworteten Ansprüchen verschiedener Art.

Eine Deutung ursächlicher Zusammenhänge, die zu dem Vorherrschen der genannten Krankheitsgruppen führten, erschien aus Gründen der Selektion, d.h. der mangelnden

Repräsentation der Stichprobe und des Fehlens von vergleichbaren Kollektiven nicht zulässig.
Der relativ hohe Prozentsatz von Silikosen innerhalb der Erkrankungen des Atemtraktes beispielsweise ließ sich einmal damit in Zusammenhang bringen, daß die Silikose die häufigste und volkswirtschaftlich bedeutsamste Berufserkrankung der Bundesrepublik ist. Zum anderen ist daran zu denken, daß das Interessenschwergewicht der Kölner Medizinischen Universitätsklinik auf dem Gebiet der cardio-pulmonalen Erkrankungen lag. Weiterhin muß die räumliche Lage Kölns zu den Zentren des Bergbaus - dem Aachener Steinkohlenbergbau, dem Siegerländer Erzbergbau, dem Ruhrgebiet - und der keramischen Industrie berücksichtigt werden.

Durch das besonders häufige Auftreten der drei großen Krankheitsgruppen - Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Atemtraktes und der Verdauungsorgane - sind auch eindeutig die Schwerpunkte des präventiven Aufgabenbereiches der Arbeits- und Sozialmedizin gekennzeichnet.

V.) ZUSAMMENFASSUNG

Für die vorliegende sozialmedizinische Untersuchung wurden insgesamt 2.484 wissenschaftlich begründete Gutachten einer Medizinischen Universitätsklinik der Bundesrepublik herangezogen.

Die medizinalstatistische Analyse des Materials erfolgte einheitlich nach einem Schlüssel, dessen Kernpunkte die jeweilige Fragestellung, Diagnose und Beurteilung bildeten. Es zeigte sich, daß an den intern-medizinisch und klinisch tätigen Gutachter aus dem Gesamtbereich der sozialen Sicherung in 2/3 der Fälle Fragen der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung herangetragen werden. Darüber hinaus stellten einen erheblichen Anteil Begutachtungen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes und des Bundesversorgungsgesetzes, einen geringen Teil auch solche nach Vorschriften privater Versicherungen und des Beamtenrechts dar.

Bei den begutachteten Personen handelte es sich in 2/3 der Fälle um Männer, in 1/3 um Frauen.

Die Berufe der begutachteten Männer verteilten sich zu rund 40 % auf handwerkliche und industrielle, die der Frauen etwa zum gleichen Prozentsatz auf Berufe des Gaststättenwesens und der privaten Dienstleistung. Männer und Frauen standen zur Zeit der Begutachtung in 44 % im 6. Lebensjahrzehnt.

Die praktische Abwicklung der Gutachten erfolgte in 62 % nach ambulanter, in 35 % nach stationärer und in 3 % nach kombinierter ambulanter-stationärer Untersuchung. Funktionsanalysen von Herz, Kreislauf und Lungen erwiesen sich in 1/3 sämtlicher ergänzend angefertigter Zusatzgutachten für die Beurteilung als notwendig.

Ärztlich befürwortete leistungsbegründende Erkrankungen fanden sich bei Begutachtungen im Rahmen der Sozialversicherung in bedeutendem Umfang vor. Anträge auf präventive Heilmaßnahmen der Arbeiterrentenversicherung wurden bei den Männern in 80 %, bei den Frauen in 90 % für notwendig gehalten.

Die Hauptursachen der ärztlich festgestellten Leistungsansprüche waren für die einzelnen Bereiche der sozialen Sicherung weitgehend gleichartig. Es dominierten in nahezu allen Sparten die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Ausnahmen bildeten im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung der excessiv hohe Anteil der Erkrankungen des Atemtraktes und im Bereich der Entschädigung Verfolgter der besonders bei den Frauen auffallend hohe Prozentsatz an Krankheiten der Verdauungsorgane.

Insgesamt ergab die Auswertung nach medizinischen Hauptvoraussetzungen eines Leistungsanspruchs in annähernd jeweils 33 % das Vorliegen von Erkrankungen des Herz — Kreislaufsystems und des Atemtraktes. Relativ häufig führten mit 11 % Erkrankungen der Verdauungsorgane zu ärztlich befürworteten Ansprüchen.

Durch das besonders häufige Auftreten dieser drei großen Krankheitsgruppen sind eindeutig die Schwerpunkte des präventiven Aufgabenbereiches der Arbeits- und Sozialmedizin gekennzeichnet.

LITERATUR

Bock, H.E.	Krankheit und Beruf in der Sicht des Internisten, Dtsch. med. Wschr. 44, 2121 - 2128, 1963
Bösche. J.	Ärztliche Gutachten-Zæugnisse-Bescheinigungen, Rhein. Ärzteblatt, 2, 64 - 73, 1965
Caesar, P., W. Schild	Einführung in die Sozialmedizin, Carl Heymanns Verlag, 1962
Dorin, E.	Das ärztliche Gutachten in der richterlichen Wertung in der Sozialgerichtsbarkeit Rhein. Ärzteblatt, 19, 724 - 731, 1965
Dorin, E.	Die rechtlich "wesentliche" Teilursache, Der Kompass, Zeitschr. f. Sozialmedizin im Bergbau 7, 186 - 191, 1965
Federhen, L.	Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Das grüne Gehirn, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1963
Gercke, W.	Das ärztliche Gutachten im Feststellungsverfahren der Sozialversicherungsträger, Der Internist, 6, 92 - 98 1965
Goetz, E.	Vergleichende Betrachtung der Begutachtung nach dem BVG und BEG, Med. Sachverst. 59, 131 - 134, 1963
Goetz, E.	Die Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs, Der Internist, 2, 81 - 86, 1965

Heuer, Kh. — Die wesentlichen Begriffe des deutschen Sozialrechts, Med. Sachverst. LX, 1 - 14, 1964

Jusatz, H.J. — Hauptursache des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben, Asklepios, 6, 2 - 6, 1965

Kinkel, H. — Kolloquium: Definition und Methoden der Ermittlung vorzeitiger Aufbrauchserscheinungen, Kongreß für Arbeitsmedizin, Erlangen 1967

Koelsch, F. — Lehrbuch der Arbeitsmedizin Bd. I, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1963

König, G. — Soziologische Medizin- Aufgabe des Arztes in der Massengesellschaft, Ärztliche Mitteilungen, 60, 1721, 1963

Martens, H. — Zum Recht der Berufskrankheiten, Med. Klin. 60, 1475 - 1477, 1965

Marti, Th. — Bericht über die erste wissenschaftliche Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialmedizin, Genf, d. 5./6. Nov. 1955, Schweiz. med. Wschr. 86, 463, 1956

Marx, H.H. — Gutachten Fibel Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1967

Paul, H. — Zur Beurteilung der Zusammenhangsfrage bei Berufskrankheiten, Dtsch. Gesundh. Wes. 19, 1835 - 1838, 1964

Perret, W. — Was der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen muß, Johann Ambrosius Barth, München 1964

Probst, J.	Über grundsätzliche Fragen der ärztlichen Begutachtung, Med. Klin., 28, 1231 - 1232, 1962
Raestrup, C.	Unfallbegriff und Kausalität aus versicherungsmedizinischer Sicht, LVM, 1, 32 - 35, 1965
Rothschuh, K.E.	Prinzipien der Medizin Urban und Schwarzenberg-Verlag München-Berlin 1965
Sauer, A.	Die Diagnose und ihre Dignität im Sozialgerichtsverfahren, Med. Sachverst. LX, 103 - 110 , 1964
Schaefer, H., M. Blohmke	Sozialmedizin und Universität, Mensch und Medizin, H. 1 u. 2, 1964
Schaefer, H.	Die Leistungsgrenze als ein allgemeines Problem der Sozialmedizin und der "Frühinvalidisierung", Med. Sachverst. 4, 90 - 98, 1967
Schwaiger, L.	Führer durch die Haftpflichtversicherung, Verlag Winfried-Werk, Augsburg , 1964
Spillner, H.	Der medizinische Sachverständige in der Sozialgerichtsbarkeit, Internist. Prax. 6, 473 - 479, 1966
Thies	Das ärztliche Gutachten in der richterlichen Wertung in der Sozialgerichtsbarkeit, Rhein. Ärzteblatt 18, 770 - 780, 1964

Valentin, H.	Die Bedeutung der Arbeits- und Sozialmedizin für die Sozialpolitik, Kleine Schriften zur Sozialpolitik und zum Arbeitsrecht Heft 4, 1966, Herausgeber Institut für Sozialpolitik und Arbeitsrecht e.V., München
Valentin, H.	Arbeitsmedizin und Sozialmedizin in Lehre und Forschung, Antrittsvorlesung am 2. Juli 1966
Wilke, G.	Bundesversorgungsgesetz, Handkommentar 1965, Walter Stutz Verlag-München 1965
Worth, G., L. Gasthaus, K. Muysers, W. Stahlmann	Die Begutachtung der Silikose und Silikotuberkulose, Med. Sachverst. 61, 45 - 56, 1965
Statistik der deutschen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten,	Bd. 15, 16, 17, 18, 19, Hrsgb. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main
Vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit im Rahmen des Bundesgesetzes zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung,	Bundesentschädigungsgesetz - BEG - vom 29. Juni 1956 (BGBl. I, S. 562)
Die Medizinische Begutachtung in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten	Herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1967

ANHANG

Berufsgruppen

Gruppe 1:

Ackerbauer, Tierzüchter, Gartenbauer;
Forst-, Jagd-, Fischereiberufe;
Mithelfende Familienangehörige in der Land- und Forstwirtschaft

Gruppe 2:

Bergleute, Mineralgewinner, Mineralaufbereiter;
Steinbearbeiter, Edelsteinbearbeiter, Steinhersteller, Keramiker, Glasmacher;
Bauberufe (z.B. Maurer, Betonbauer, Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer, Straßenbauer, Tiefbauer, Bauausstatter);
Metallerzeuger und Metallbearbeiter (z.B. Walzer, Former, Dreher, Fräser, Schweißer, Nieter, Graveure);
Schmiede, Drahtverformer, Werkzeugmacher, Schlosser, Klempner, Installateure, Musikinstrumentenbauer, Mechaniker, Metallfeinbauer;
Elektriker, Kabelhersteller, Elektroleitungsbauer, Elektromaschinen- und Elektroapparatebauer;
Chemiewerker (einschl. Vulkaniseure und Gummiwerker);
Kunststoffverarbeiter;
Holzaufbereiter, Tischler, Holzgerätebauer, Holzfahrzeugbauer, Schnitzer, Bürstenmacher, Flechter, Schirm- und Stockmacher, Modellemacher, Holzoberflächenveredler;
Papier- und Zellstoffhersteller, Papierverarbeiter;
Lichtbildner, Schriftsetzer, Druckstockhersteller, Drucker, Vervielfältiger;
Filzmacher, Spinnberufe, Webberufe, Wirker, Stricker, Textilverflechter, Sticker, Textilnäher, Handschuh-, Hutmacher;
Polsterer, Dekorateure, Textilschmuckmacher, Textilveredler;

Lederhersteller, Darmsaitenmacher, Sattler, Täschner, Schuhmacher, Fellverarbeiter;
Mehl- und Nährmittelhersteller, Backwarenherst., Zucker- und Süßwarenhersteller, Milch- und Fettverarbeiter, Fleischer, Speisezubereiter, Getränkezubereiter, Tabakwarenmacher;
Warennachseher, Versandfertigmacher, Lagerverwalter
Ungelernte Hilfskräfte, soweit nicht an anderer Stelle eingeordnet (Handlanger);

Gruppe 3:

Ingenieure und Techniker (Bergbau, Maschinen- und Fahrzeugbau, Elektrofach, Bau- und Vermessungswesen, Chemie, Physik);
Technische Sonderfachkräfte (z.B. Chemielaboranten, technische Zeichner, Filmvorführer, Taucher);
Maschinisten an Kraft- und Arbeitsmaschinen, Maschinenwärter, Heizer, Automateneinrichter, Maschineneinsteller

Gruppe 4:

Warenkaufleute, Bank- und Versicherungskaufleute, Verkehrskaufleute, Werbefachleute, Vermittler, Tank- und Garagenwarte, sonstige Handelsberufe;
Land-, Wasser- und Luftverkehrsberufe, Nachrichtenverkehrsberufe, Transportwerker, Verkehrshelfer;

Gruppe 5:

Gastwirte, Gaststättenbedienungsberufe;
Hauswirtschaftliche Berufe;
Raum- und Hausratreiniger, Bauten- und Straßenreiniger, Maschinen-, Apparate-, Fahrzeug- und Warenreiniger, Textilreiniger;
Friseure, Körperpfleger;
Wächter, Hauswarte, sonstige Dienst- und Wachberufe

Gruppe 6:

Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege;

Gruppe 7:

Berufe des Gesundheitswesens, Geistes- und Kunstlebens

Gruppe 8:

Mithelfende Familienangehörige außerhalb der Land- und Forstwirtschaft;
Arbeitskräfte mit (noch) nicht bestimmtem Beruf (Praktikanten, Volontäre)

Diagnosegruppen

Gruppe 1:

Arbeitsverbot wegen Seuchengefahr;
Tuberkulose der Atmungsorgane;
Tuberkulose der Hirnhäute, des ZNS, Miliartuberkulose;
Tuberkulose der Knochen und Gelenke;
Tuberkulose sonstiger Organe;
Syphilis;
Gonorrhoe und sonstige Geschlechtskrankheiten;
Typhus und Paratyphus;
Scharlach;
Sepsis;
Diphtherie;
Meningokokkeninfektion;
Spirochätenkrankheiten, ausgenommen Syphilis;
Poliomyelitis und übertragbare Gehirnentzündung;
Sonstige Viruskrankheiten;
Fleckfieber und sonstige Rickettsiosen;
Malaria;
Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten;

Gruppe 2:

Bösartige Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens;
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane;
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane;
Bösart. Neubildungen der Brustdrüse, Harn- und Geschl.organe
Bösartige Neubildungen sonstigen und unbekannten Sitzes;
Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe;
Gutartige Neubildungen;
Neubildungen unbekannten Charakters;

Gruppe 3:

Asthma bronchiale;
Sonstige allergische Krankheiten;
Krankheiten der Schilddrüse;
Diabetes mellitus;

Störungen sonstiger endokriner Drüsen;
Avitaminosen und sonstige Stoffwechselkrankheiten;
Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen;
Schizophrenie;
Vegetative Dystonie;
Gefäßstörungen des Zentralnervensystems;
Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems;
Multiple Sklerose;
Krankheiten der peripheren Nerven und Ganglien;

Gruppe 4:

Fieberh. rheumat. Erkrankungen ohne Herzbeteiligung;
Fieberh. rheumat. Erkrankungen mit Herzbeteiligung;
Chronische, rheumatische Herzerkrankungen;
Akute und subakute, nichtrheumatische Herzerkrankungen;
Herzfunktionsstörungen jeder Art, Herzblock;
Sonstige chronische,nichtrheumatische Herzerkrankungen;
Herzinfarkt;
Bluthochdruck;
Blutunterdruck u. sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems;
Krankheiten der Arterien;
Periphere Durchblutungsstörungen;
Krankheiten der Venen und Lymphknoten;

Gruppe 5:

Erkrankungen der Mandeln;
Sonstige akute Krankheiten der oberen Luftwege;
Pneumonie;
Bronchitis;
Sonstige Infektionen der Atmungsorgane;
Pleuritis;
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane;
Lungenemphysem;

Gruppe 6:

Krankheiten der Mundhöhle und Speiseröhre;
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür;
Sonstige Krankheiten des Magens und Zwölffingerdarms;

Blinddarmentzündung;
Eingeweidebruch mit und ohne Einklemmung;
Darmverschluß;
Sonstige Krankheiten des Darms und Bauchfells;
Krankheiten der Leber;
Krankheiten der Gallenblase;
Krankheiten der Bauchspeicheldrüse;

Gruppe 7:

Nephritis und Nephrose;
Sonstige Krankheiten der Harnorgane;
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane;
Krankheiten der Brustdrüse;
Infektionen der Haut und des Unterhautzellgewebes;
Sonstige Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes;

Gruppe 8:

Entzündl. u. degen. Gelenkerkrankungen, ausgenommen Gelenkrheumatismus; Muskelrheumatismus;
Sonstige Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane;
Angeborene Mißbildungen;
Besondere Krankheiten der frühesten Kindheit;
Lebensschwäche, Frühgeburt;
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe;
Augenkrankheiten;
Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes;
Altersschwäche sowie vorzeitiger Altersabbau;

Gruppe 9 :

Verletzungen von Kopf, Schädel, Gehirn, Hirnnerven, Wirbelsäule, Rückenmark;
Knochenbrüche;
Verrenkungen, Verstauchungen, Gelenk- und Muskelzerrungen;
Innere Verletzungen von Brust, Bauch und Becken;
Augenverletzungen;
Zerreißungen und offene Wunden, Nervenverletzungen;
Oberflächliche Verletzungen, Prellungen und Quetschungen;

Verbrennungen, Verätzungen, Schädigungen durch Frost,
Hitze, Strahlung , Elektrizität;
Vergiftungen;
Verletzungen und Schädigungen sonstiger Art.

Lebenslauf

Am 4. 5. 1935 wurde ich als zweites Kind der Eheleute Herbert Pawelzik und Friedel, geb. Urban, in Glogau (Schlesien) geboren.

Nach mehrmaligem kriegs- und nachkriegsbedingtem Wechsel der Volks- und Oberschulen besuchte ich ab 1953 die Hildegardis-Schule in Köln-Sülz. Dort legte ich 1955 die Reifeprüfung ab. Im Sommersemester 1955 studierte ich an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln Psychologie und Philosophie.

Mein Medizinstudium begann ich im Wintersemester 1955/56 an der Philipps-Universität zu Marburg, wo ich im Wintersemester 1958/59 die ärztliche Vorprüfung bestand.

Während der klinischen Semester studierte ich an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln. Nach im Wintersemester 1962/63 bestandener ärztlicher Prüfung wurde die weitere berufliche Tätigkeit aus familiären Gründen unterbrochen.

Zur Zeit bin ich als Medizinalassistentin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen tätig.

Offsetdruck - Fotodruck
- J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Telefon 22990 -